Référentiels en Soins Oncologiques de Support

AFSOS RÉFÉRENTIELS

Mucites

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Contributeurs

Coordinateurs :

- Géraldine Texier, Médecin soins palliatifs, Rennes
- Antoine Lemaire, Médecin douleur et soins palliatifs, Lille

Membres du groupe de travail :

Maud Baklouti, Pharmacien, Paris ; Guillaume Buiret, ORL, Valence ; Mathias Brehon, Hématologue, Lyon ; Caroline de Bataille, Chirurgien-dentiste, Toulouse ; Philippe Debourdeau, Oncologue, Arles ; Charles Dupin, Radiologue, Bordeaux ; Audrey Eche Gass, Médecin généraliste, Toulouse ; Catherine Forestier, Pharmacien, Bordeaux ; Clément Martin, Étudiant odontologie, Bordeaux ; Olivier Mocq, Médecin généraliste, Roanne ; Florence Perraudin, Cadre de santé, Lille ; Morgane Plançon, Médecin soins palliatifs, Valenciennes ; Cynthia Ragoo, IPA, Melun ; Florian Slimano, Pharmacien, Reims ; Emmanuelle Vigarios, Chirurgien-dentiste, Toulouse

Membres du groupe de travail :

Maria ARRAULT-CHAYA, Infirmière, PARIS 15E (75) ; Tanguy AUCHER LAFFITTE, Infirmier, PESSAC ; Océane BAHU, Infirmière, LILLE ; Céline BAROIN, Infirmière, ANGERS ; Charlotte BATAILLE, Infirmière, TOULOUSE ; Audrey BERARD, Infirmière, CENTRE HOSPITALIER D'ARDÈCHE MÉRIDIONALE + EHPAD ; Sylvie BIDON, Infirmière, ROUEN ; Mélanie BOISTEL, Infirmiere, LILLE ; Laure BOULEAU, Infirmier·ère, MONTIGNY LE TILLEUL ; Mathias BREHON, Infirmier·ère, VILLEURBANNE ; Thibault BROTELLE, Infirmier·ère, AVIGNON ; Orianne BRUN, Infirmier·ère, BREST ; Charlotte CALLENS, Infirmier·ère, LILLE ; Catherine CARROT, Infirmier·ère, SAINT-ETIENNE ; Caroline CAVROIS, Infirmier·ère, BOULOGNE SUR MER ; Raphaël CHALTIEL, Infirmier·ère, AMIENS ; Cécile CHOMBART, Infirmier·ère, LE PORT ; Johanna CHRETIEN, Infirmier·ère, NICE ; Angélique CICHOWSKI, Infirmier·ère, PECQUENCOURT ; Clotilde CORNOLLE, Infirmier·ère, CAMBRAI ; Helene CORNU, Infirmier·ère, ROUEN ; Charline DANGUY HOUESSINON, Infirmier·ère, PARIS ; Léna DAVID, Infirmier·ère, DIJON ; Camelia DRAGOI, Infirmier·ère, PERPIGNAN ; Melanie DUBUSSE, Infirmier·ère, LILLE ; Sonia EL FAKIR, Infirmier·ère, ; Samira EL OUALI, Infirmier·ère, SAINT-HERBLAIN ; Audrey FALC'HON, Infirmier·ère, BREST ; Audrey GADOULEAU, Infirmier·ère, ROUEN ; Pierre GARDIEN, Infirmier·ère, CLERMONT-FERRAND ; Marie GENDROT, Infirmier·ère, RENNES ; Amandine GERBAUD, Infirmier·ère, CASTELNAU LE LEZ ; Élodie GHIBERTI, Infirmier·ère, NICE ; Géraldine GODET, Infirmier·ère, PARIS ; Léa GOMES, Infirmier·ère, CENTRE HOSPITALIER D'ARDÈCHE MÉRIDIONALE + EHPAD ; Bénédicte GUERIN, Infirmier·ère, CLERMONT-FERRAND ; Céline HENRY, Infirmier·ère, NICE ; Emilie HERNANDEZ, Infirmier·ère, STRASBOURG ; Aliya JAVER, Infirmier·ère, PARIS ; Emeline KRASOUSKY, Infirmier·ère, AUBENAS ; Laetitia LANET, Infirmier·ère, VILLEURBANNE ; Margaux LE CORFEC, Infirmier·ère, RENNES ; Pascaline LEBLOND, Infirmier·ère, ROUEN ; Cécile LEPOX, Infirmier·ère, TOULOUSE ; Nathalie LERICHE, Infirmier·ère, LOOS ; Delphine LESAGE, Infirmier·ère, ; Hélène MAGNIER, Infirmier·ère, ROUEN ; Emilie MAUPILIER, Infirmier·ère, BREST ; Barka MERABTI, Infirmier·ère, CLERMONT-FERRAND ; Julie MERCIER, Infirmier·ère, VILLEURBANNE ; Géraldine MITHRA GALAOR, Infirmier·ère, SAINT-PAUL ; Marion MONTFORT, Infirmier·ère, LORIENT ; Magalie MORFOUASSE, Infirmier·ère, SAINT-MALO ; Karine NOWAK, Infirmier·ère, LOOS ; Anny PAROT-MONPETIT, Infirmier·ère, SENE ; Betty PEIGNELIN, Infirmier·ère, SAINT CLOUD ; Frédérique PINEAU, Infirmier·ère, SAINT HERBLAIN ; Julie POUGET, Infirmier·ère, TALENCE ; Marie-Pascale PRAMONDO, Infirmier·ère, LILLE ; Marc PUIMATTO, Infirmier·ère, MARSEILLE ; Philippe RITTER, Infirmier·ère, CHAMBRAY LES TOURS ; Sylvie SALET, Infirmier·ère, CLERMONT FERRAND ; Marie SCHMELZER, Infirmier·ère, LILLE ; Caroline SCHUSTER, Infirmier·ère, STRASBOURG ; Marine SEMPIANA, Infirmier·ère, MULHOUSE ; Aude SIMON, Infirmier·ère, MARSEILLE 7E ; Lucile TOUZAN, Infirmier·ère, ROUEN ; Agnès VIMAL BAGUET, Infirmier·ère, CLERMONT FERRAND ; Thierry WACHTER, Infirmier·ère, ORLEANS ; Aline WERTZ, Infirmier·ère, BRUXELLES ; Séverine WIKARYAK, Infirmier·ère, VALENCIENNES ; Yvonne YOUAKO PIMI, Infirmier·ère, LILLE ;

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Sommaire

Thématique	Page n°
Définition	6
Mucites orales et conséquences	11
EVALUATION	**12**
Evaluation et suivi de la santé orale	13
Évaluation de l'état de la bouche	14
Grille OAG	15
Evaluation de la sévérité de la mucite : gradation	18
PRISE EN CHARGE	**19**
Information du patient	20
Hygiène buccodentaire de base	21
Hygiène alimentaire	22
Traitement préventif de la mucite par photobiomodulation	24
Traitement curatif de la mucite par photobiomodulation	25
Traitement de la mucite par photobiomodulation	26
Bains de bouche	28
Annexes	29
Bibliographie	35

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Cibles et objectifs du référentiel

- L'objectif de ce référentiel est d'aider les professionnels à dépister, prévenir et prendre en charge une mucite induite par les traitements du cancer (chimiothérapie, radiothérapie, thérapies ciblées).

- Les professionnels ciblés par ce référentiel sont donc tous les acteurs de la prise en charge des patients atteints de cancer, incluant les professionnels de premier recours (médecin généraliste, IDEL et pharmacien d'officine)

- **Attention les diapositives ne traitant pas des mucites, sur les candidoses orales ou les autres altérations de la cavité buccale, feront l'objet d'une réactualisation prochaine.**

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Définitions

La bouche est l'orifice d'entrée commun des systèmes digestif et respiratoire. L'intérieur de la bouche est tapissé d'une muqueuse. La muqueuse buccale a tendance à être plus foncée chez les personnes à la peau foncée car leurs mélanocytes sont plus actifs. Les muqueuses humides tapissant l'intérieur de la cavité buccale se prolongent à l'extérieur, formant la partie rose et brillante des lèvres, qui rejoint la peau du visage au bord libre de la lèvre. La muqueuse des lèvres, bien qu'humidifiée par la salive, est sujette au dessèchement.

Lèvre



Langue



Gencive saine, rosée, adhérente aux dents



Face interne de joue



Palais



Bord de langue



Plancher buccal avec enduction salivaire



Luette



Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Définitions

Attention aux mauvais diagnostics :



Bouche sale



Bouche propre

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Définitions

Définition de la mucite MASCC/ISOO (https://mascc.org/study-groups/mucositis/**)**

La mucite fait référence à l'inflammation et/ou à l'ulcération de la muqueuse orale causées par des thérapies anticancéreuses, généralement observées dans la bouche et le tractus gastro-intestinal, entraînant des signes et des symptômes tels que de la douleur, de la xérostomie, de la dysphagie, de la diarrhée, de l'infection, de la malnutrition et bien d'autres.

La plupart des traitements du cancer peuvent donner des mucites, notamment :

- Chimiothérapie cytotoxique
- Thérapie ciblée
- Anticorps conjugués (ADC)
- Radiothérapie

L'immunothérapie est pourvoyeuses de lésions lichénoïdes et de xérostomies (objet d'une mise à jour prochaine)

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Définitions

Chimiothérapies mucitogènes

- *Sels de platine* : Carboplatine, Cisplatine
- *Moutarde à l'azote* : Chlorambucil, Chlorméthine, Cyclophosphamide, Ifosfamide, Melphalan,
- *Vinca-alcaloïdes* : Vinblastine, Vinorelbine, Vincristine, Vindésine
- *Taxanes* : Docétaxel, Paclitaxel
- *Nitroso-urées (alkylants)* : Busulfan, Carmustine, Lomustine, Streptozotocine
- *Autres alkylants* : Dacarbazine, Estramustine, Procarbazine, Mitomycine C, Thiotépa
- *Antimétabolites* : 5FU, Cytarabine, Fludarabine, Gemcitabine, Hydroxyurée, Méthotrexate, Mercaptopurine, Thioguanine
- *Inhibiteurs de topoisomérases* : Étoposide, Irinotécan, Topotécan
- *Anthracyclines (agent intercalant)* : Doxorubicine, Daunorubicine, Épirubicine, Idarubicine, Mitoxantrone
- *Autres agents intercalants* : Actinomycine D, Amsacrine, Bléomycine,

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Définitions

Thérapies ciblées mucitogènes

- *Inhibiteurs de mTOR* : Everolimus, Sirolimus, Temsirolimus (on parle préférentiellement de stomatites)
- *Inhibiteurs du VEGFR* : Sorafenib, Sunitinib, Pazopanib, Cabozantinib, Bevacizumab
- *Inhibiteurs de l'EGFR* : Cetuximab, Panitumumab, Erlotinib, Gefitinib, Afatinib

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Définitions

Anticorps conjugués mucitogènes

- *Inhibiteurs de topoisomérase couplés aux anti-TROP2* : Datopotamab-Deruxtecan, Sacituzumab-Govitecan, Sacituzumab-Tirumotecan (non-disponible en France)
- *Inhibiteurs de topoisomérase couplé aux anti-HER2* : Trastuzumab-Deruxtecan
- *Antimitotiques couplés aux anti-HER2* : Trastuzumab-Emtansine

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Mucites orales et conséquences

Les mucites sont des complications fréquentes :

- 20-40% des patients avec une CT (notamment avec les antimétabolites comme le 5-fluorouracil, les anthracyclines, les taxanes et le méthotrexate ou moins fréquemment avec les thérapies ciblées tels que les inhibiteurs de mTOR, certains inhibiteurs d'EGFR (bevacizumab et erlotinib) ou de tyrosine kinase (sorafenib et sunitinib)
- 60-100% si CT ou RT associés à un conditionnement en vue d'une greffe de cellules hématopoïétiques
- Proche de 100% pour les patients avec une localisation au niveau de la tête et du cou ; majoration du risque en cas de chimiothérapie et radiothérapie concomitantes

Conséquences possibles des mucites, selon leur gravité :

- Altération de la qualité de vie
- Altération des fonctions orofaciales : difficulté à la déglutition, à l'élocution, et à la prise médicamenteuse orale
- Douleurs nociceptives et/ou neuropathiques, pouvant être invalidantes au quotidien
- Syndromes anxio-dépressifs et impact sur le sommeil
- Interruption ou limitation des doses des traitements du cancer (y compris la radiothérapie) - surrisque de décès
- Dénutrition, infections (favorisées par la neutropénie) et hémorragies
- Hospitalisation pour mucites (4,9 jours) et majoration de soins (+4,6 j pour l'antalgie et +2,7 jours pour la nutrition parentérale)
- Impact négatif sur la socialisation

→ **Impact sur le pronostic**

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Evaluation

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Evaluation et suivi de la santé orale



Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Évaluation de l'état de la bouche

Interrogatoire du malade (lorsque cela est possible)
Evaluation de la douleur (EVS, EN, EVA)

Grille OAG

Evaluation de l'état de la bouche de préférence le matin
Réévaluation quotidienne

L'état de la bouche est normal (score OAG =8)

- Bouche libre de mucus ou autre débris
- Lèvres lisses, rosées, humides
- Dents ou prothèses propres
- Langue humide, rosée, papilles présentes
- Gencives rosées et fermes
- Muqueuses humides, rosées, sans dépôts ni lésions
- Salive claire, présente et aqueuse

Prévention des mucites

La bouche présente une ou des altérations, ulcérations, saignements, abcès. (score OAG 9-16= altérée, score OAG>16 = très altérée)

Bilan sanguin (NFS)

Altérations de la cavité buccale

Copyr

GRILLE OAG (Oral Assessment Guide*)

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, Boursouflé
La salive et la langue	L'observation	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	Appuyer sur les gencives avec l'extrémité de la langue**	Roses, fermes et bien dessinées	Inflammatoires, Œdémateuses	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
Les lèvres	Le regard		Lisses, rosées et humides	Sèches et fissurées	Ulcérations ou saignements
	TOTAL		24		

*Kenny, 1990

** En pratique, on peut appuyer avec un doigt protégé par un gant.

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Aide : Grille OAG (Oral Assessment Guide)

La langue : observer toucher



Rose et humide présence de papilles



Pâteuse, moins de papilles apparence lustrée, moins colorée



Fissurée, boursouflée

La salive : palper les joues



Transparente, fluide

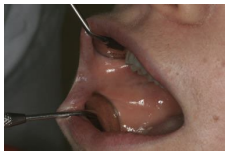


Visqueuse, épaisse, mousseuse



Absente

Les muqueuses



Roses, humides



Inflammatoires, dépôts



Ulcérations +/- saignements

Les gencives



Roses, fermes



Inflammatoires, oedématiées



Saignements

Les dents



Propres, sans débris



Plaques et débris localisés



Plaques et débris généralisés

Les lèvres



Lisses, roses, humides



Sèches et fissurées



Ulcérations ou saignements

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Interprétation de la grille OAG

- La grille proposée comprend des **graduations de 1 à 3**.
- Le score est obtenu en faisant la **somme des différents items**. Un score normal (bouche normale) est donc de 8* et le score le plus élevé (bouche très atteinte) de 24.
- Un choix des items est à réaliser en fonction de l'état du malade. SI l'item ne peut pas être évalué **inscrire NON** (non observable) .Dans ce cas réduire le total /20 d'autant (1item =2 points max).
- Par exemple, chez un malade inconscient, **on ne gardera pas les indicateurs concernant la voix, la déglutition et la salive**. En fonction du résultat, le type de soin (préventif, curatif) et le rythme de réalisation (2, 3, 4 fois ou plus par jour) sont déterminés.
- Un huitième item les lèvres figurent dans la grille OAG notée :
    - **1=** lisses, rosées et humides;
    - **2 =** sèches et fissurées;
    - **3 =** ulcérations ou saignements

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Evaluation de la sévérité de la mucite : gradation

Grade 0	Pas de mucite
Grade 1	Érythème de la muqueuse, symptômes minimes, alimentation normale. Asymptomatique ou symptômes légers : pas de prise en charge nécessaire
Grade 2	Ulcérations isolées ou pseudo membranes. Symptomatique mais peut s'alimenter avec une diététique adaptée. Douleur modérée : adaptation du régime alimentaire indiquée
Grade 3	Ulcérations confluentes, pseudo-membranes, hémorragie au contact. Symptomatique et incapacité à s'alimenter et à s'hydrater de manière correcte. Douleur sévère : interférence avec une prise orale
Grade 4	Nécrose, hémorragie spontanée. Symptomatique avec menace du pronostic vital. Intervention en urgence indiquée
Grade 5	Décès

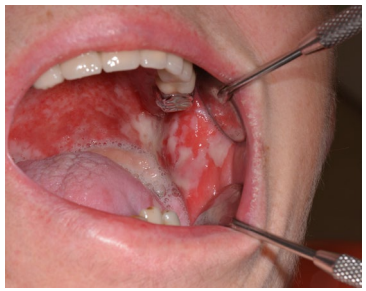
Traduction réalisée par la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive
Faculté de Médecine–BP 87900–21079 DIJON CEDEX



Grade 1



Grade 2



Grade 3



Grade 4

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Prise en charge

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Information du patient

L'information qualitative du patient est la première étape de la prévention des mucites

- À réaliser lors du bilan bucco-dentaire prétraitement anticancéreux
- Education à l'hygiène bucco-dentaire

- Description des toxicités orales (réversibles) pendant et après traitement anticancéreux

  ✋ Cancer des VADS: patient à risque de dénutrition et de vulnérabilité : envisager la pose d'une gastrostomie d'alimentation avant radio chimiothérapie

- Rôle majeur des aides-soignantes et des infirmières dans l'écoute, le dépistage et l'éducation thérapeutique et des diététiciennes dans la prévention de la dénutrition

- Impliquer le patient selon son autonomie dans la prévention et la prise en charge des mucites par l'éducation aux soins bucco-dentaires

- Evaluation systématique à l'entrée du patient, quel que soit le service, et lors de chaque soin pour adapter la prise en charge

✋ Tenir compte de l'autonomie du patient
✋ Mettre en place l'organisation nécessaire au domicile, aux urgences et/ou en service hospitalier

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Hygiène bucco-dentaire de base

Brossage des dents et des muqueuses après chaque repas (3 fois par jour)

- Brosse à dents souples, électrique ou manuelle: rincée après chaque usage

(pas de geste abrasif : prévenir les traumatismes de bouche)

- Bâtonnets en mousse non imprégnés pour les bouches douloureuses
- Brossettes interdentaires (pas de cure dents)
- Dentifrice non mentholé, non abrasif et sans additif ou sans dentifrice

Action de rinçage:

- Bain de bouche au bicarbonate: 6 à 10 fois/jour
- Soins de bouches courts avec une fable quantité de bicarbonate (½ cuillère à café ou 1 comprimé de bicarbonate effervescent(Bicarômes ®) dans un verre d'eau)

A défaut d'utilisation de comprimé de bicarbonate, utilisation de bicarbonate solution et qui sera à consommer dans les 24H

Hydratation et lubrification de la bouche et des muqueuses:

- Hydratation des lèvres et de la bouche : spray d'eau thermale, substitut salivaire
- Boire suffisamment 1,5L à 2L/jour
- Lubrification muqueuse
- Prendre en charge hyposialie : boire, stimuler les glandes salivaires par la mastication, parfois substitut salivaire

→ Bilan bucco-dentaire avant l'introduction de tout traitement oncologique spécifique permettant d'éliminer tout foyer infectieux avéré ou potentiel et les éléments traumatisants (dents cassées, cuspides abrasives, prothèse blessante..)

→ Consultation spécialisée si nécessaire

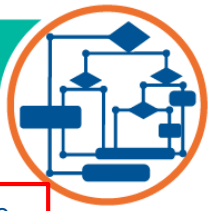
Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Hygiène alimentaire

- Alimentation froide ou à température ambiante
- Adapter les textures : liquides, moelleux et ou mixés
- Eviter Les aliments durs ou croquants (noisettes, chips…).
  - Les aliments acides tels que les agrumes, les tomates, les raisins, les pommes, les fraises, le vinaigre, la moutarde.
  - Certaines épices telles que le poivre, le piment.
  - Les aliments frits et/ou salés : biscuits apéritifs, cacahuètes...
  - Les aliments irritants : gruyère, noix, ananas…

Proposer des sevrages (tabac et alcool) en cas d'addiction

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025



Classification NCI-CTCAE v5.0

Mucites

Evaluation et réévaluation systématique et quotidienne de la douleur pour adapter les traitements antalgiques

Grade 1
Douleur faible, érythème, alimentation normale

Grade 2
Douleur modérée, érythème, ulcères, alimentation solide possible

Grade 3
Douleur sévère, ulcères, alimentation liquide seule possible

Grade 4
Mise en jeu du pronostic vital, alimentation per os impossible

Discussion RCP: au cas par cas pour traitement de la douleur et alimentation et discussion de l'alimentation artificielle

Stratégie antalgique adaptée à une évaluation physiopathologique de la douleur

Photobiomodulation

Soins de bouche adaptés

Mucites : stratégie thérapeutique

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Traitement préventif de la mucite par photobiomodulation :
Paramètres dosimétriques (niveau de preuve 1)

Equipement intra-oral

Recommandation d'utilisation d'une longueur d'onde visible en lumière rouge (630 à 690 nm) émise par LED ou laser avec une irradiance de 10 à 50 mW/cm2 pour une fluence cible de 3J/cm2.

Equipement transcutané

Recommandation d'utilisation d'une longueur d'onde proche infra-rouge (800 à 1000 nm) par LED ou laser avec une irradiance de 30 à 150 mW/cm2 pour une fluence cible de 6 J/cm2

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Traitement curatif de la mucite par photobiomodulation :

Paramètres dosimétriques (niveau de preuve 1)

Equipement intra-oral

Recommandation d'utilisation d'une longueur d'onde visible en lumière rouge (630 à 690 nm) émise par LED ou laser avec une irradiance de 10 à 50 mW/cm2 pour une fluence cible de 6 à 9 J/cm2.

Equipement transcutané

Recommandation d'utilisation d'une longueur d'onde proche infra-rouge (800 à 1000 nm) par LED ou laser avec une irradiance de 30 à 150 mW/cm2 pour une fluence cible de 9 J/cm2

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Traitement de la mucite par photobiomodulation :
Paramètres ergonomiques

Equipement intra-oral

Selon les équipements, il est nécessaire de traiter plusieurs points à l'intérieur de la cavité buccale (sondes focales) ; certains équipements, que nous recommandons, permettent le traitement simultané d'une grande surface de muqueuse (fibres optiques, larges sondes)

Equipement transcutané

Différents dispositifs existent (larges panneaux, sondes de plus ou moins grande surface) : il est recommandé de se référer aux spécifications fournies par le constructeur pour ajuster le positionnement afin de délivrer la dose optimale aux tissus cibles

Dans tous les cas un traitement transcutané ou intra-oral simultané des glandes salivaires est pertinent en raison de la xérostomie associée (cf. chapitre dédié)

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Traitement de la mucite par photobiomodulation :

Nombre de séances

Traitement préventif : une séance avant chaque traitement oncologique (radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée, traitements concomitants)

Traitement curatif : 3 à 4 fois par semaine pour un total de 15 à 20 séances, ou jusqu'à cicatrisation

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Bains de bouche

Bain de bouche contenant	Modalité de préparation	Posologie	Indication
Acide tranexamique buvable	Deux ampoules Acide tranexamique buvable 1g/10ml ; recracher après utilisation	2 à 3 fois par jour	Bouche hémorragique
Procaïne / lidocaïne injectable ou gel	Gel : 1 cuillère à café Injectable : bâtonnet mousse imbibée	3 à 4 fois par jour	Antalgie (Attention risque de fausse route)
Prednisolone effervescente	Un comprimé de 20mg à diluer dans un verre d'eau à utiliser en bain de bouche ; recracher après utilisation	3 à 4 fois par jour	Antiinflammatoire et antalgie
Sucralfate	Un sachet d'1g : usage pur ou dilué dans l'eau ; recracher après utilisation	3 fois par jour	Bouche ulcérée (**sauf cancer des VADS)**
Préparation magistrale de morphine injectable	Pour utilisation en bain de bouche ; recracher après utilisation	Selon évaluation de l'efficacité	Antalgie
Substitut salivaire	Spray, gel	A la demande	Bouche sèche, hyposialie

Vigilance à l'utilisation des produits de phytothérapie dont aromathérapie, huile végétale, homéopathie...
Prévenir le médecin référent dès qu'une "automédication" est testée

Du fait du manque données disponibles sur la stabilité des bains de bouche à base de mélanges ou d'une courte stabilité rapportée, il est recommandé d'en privilégier une utilisation extemporanée et de ne pas conserver ces mélanges.
Il n'est pas recommandé de mélanger plusieurs principes actifs.

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Annexes

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025



Physiopathologie des mucites chimio/radio-induites

Phase 1: Initialisation

- Altération des cellules et des brins d'ADN dans l'épithélium basal et la sous-muqueuse.
- Génération de radicaux libres (Reactive Oxygen Species ou ROS) jouant un rôle médiateur pour les événements biologiques des phases ultérieures (dommages directs sur la muqueuse et indirects par l'activation des facteurs de transcription)

Phase 2: Réponse primaire

- Production de cytokines pro-inflammatoires → Stimulation de plusieurs voies menant à des lésions ou à la mort des cellules basales par apoptose.

Phase 3: Amplification du signal

- Cellules endommagées
- Feedback positif

Phase 4: Ulcération

- Lésions douloureuses, sujettes à la colonisation bactérienne:
  - Nouveaux dommages tissulaires
  - Production et libération de cytokines pro-inflammatoires supplémentaires par les cellules mononucléaires infiltrantes.

Phase 5: Cicatrisation

- La mucite est généralement un événement aigu cicatrisant spontanément en 21 jours. En fonction du moment d'apparition de la mucite pendant les traitements, le délai de cicatrisation peut aller jusqu'à 3-4 mois après l'arrêt du traitement anticancéreux.

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Sémiologie des mucites chimio-induites

- Atteinte de la **muqueuse buccale non kératinisée** se traduisant par un érythème, puis des ulcérations irrégulières et de grande taille, associées à une douleur modérée à sévère. Ces lésions, constituant une brèche au niveau de la muqueuse buccale, sont une entrée bactérienne et peuvent être le siège de surinfection.

- Dans les 3 à 5 jours suivant l'administration d'un traitement et disparaissent en général en 2 semaines après l'arrêt des traitements et avec une prise charge adaptée.

- La fréquence des mucites chimioinduites a été estimée à 64% tous cancers et protocoles confondus

- La récurrence du traitement par chimiothérapie augmente le risque de mucites et leur gravité

- Les patients qui développent une mucite buccale lors du 1er cycle ont un risque de récidive majoré

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Sémiologie et physiopathologie des mucites sous thérapie ciblée

- Atteinte de la **muqueuse buccale non kératinisée** se traduisant par des ulcérations de type aphtoïdes, arrondies, de petite taille (le plus souvent <1 cm), avec ou sans halo érythémateux péri-lésionnel (caractéristique des aphtes). Elles sont localisées sans atteinte du tractus digestif. Douleur d'intensité modérée à sévère.
- Apparition en général dans les 5 à 15 jours suivant l'instauration du traitement
- La fréquence est de 10 à 36 % pour les inhibiteurs EGFR, de plus de 40% pour les inhibiteurs mTOR et le risque de mucite est augmenté en cas d'association avec d'autres thérapeutiques anti cancéreuses (radiothérapie, chimiothérapie..): ces mucites sont d'intensité plus importante (grade 3 ou 4) et une adaptation de posologie ou un décalage des séances d'irradiation peut être nécessaire.
- Les mucites disparaissent en général en 2 à 3 semaines avec une prise en charge adaptée

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Sémiologie des mucites ADC induites

Inhibiteurs de topoisomérase couplé aux anti-TROP2

- Parmi les ADC, ce sont les anti-TROP2 couplés aux anti-topoisomérases qui entrainent fréquemment des **stomatites**
- Cela s'explique par le niveau d'expression élevé de la protéine TROP2 au niveau de la muqueuse buccale
- En pratique, le datopotamab-deruxtecan peut induire entre 52,5 et 62,9% de mucites, mais peu de grades 3 (6-7%)
- La médiane de survenue est plus longue qu'avec les cytotoxiques "libres", de l'ordre de 22 jours (probablement lié à la demi-vie longue des anticorps monoclonaux et à leur faible volume de distribution)
- Les atteintes muqueuses disparaissent avec une médiane de 36 jours avec une prise en charge adaptée

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Sémiologie des mucites radio-induites

- Atteinte de **toute la muqueuse buccale traversée (kératinisée et non kératinisée)** se traduisant par un érythème, puis des ulcérations irrégulières et de grande taille associées à une douleur d'intensité modérée à très importante .

- Ces lésions constituent des portes d'entrées bactériennes et des surinfections peuvent être observées.

- Ces lésions apparaissent dans la deuxième semaine des traitements et peuvent persister 3 –4 mois après l'arrêt des traitements

- Dans les cancers de la tête et du cou, les **mucites radio-induites sont très fréquentes,** voire constantes lorsqu'elle est associée à une chimiothérapie, une forte proportion de cas se révélant sévères.

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025

Références bibliographiques

- Guerrini-Rousseau L, et al. Bull Cancer (Paris). 2019;106(9):776-83.
- Haute Autorité de Santé. Avis de la CNEDiMTS pour EPISIL [Internet]. 2019.
- Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, Keefe D, et al. Cancer. 2014;120(10):1453-61.
- Wong KH, et al. Support Care Cancer. 2013;21:2933-48.
- Cheng KKF. Support Care Cancer. 2012;20(10):2335-42.
- Cheng KKF. Support Care Cancer. 2009;17(7):829-37.
- Berger A, et al. Oncol Res Treat. 2018;41(6):399-405.
- Berceanu A, Leprêtre S, Ojeda-Uribe M, de Berranger E, d'Incan Corda E, Caillot D, et al. Prophylaxie antibactérienne et antifongique chez les patients à haut risque en hématologie : enquête de pratique et forum. Hématologie. 2011;17(Suppl 4):3-15.
- Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament. Anticancéreux : utilisation pratique. 7e éd. Dossiers du CNHIM. Revue d'évaluation thérapeutique. 2013;XXXIV(5-6):5-6.
- Fédération Francophone de Cancérologie Digestive. Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0 (CTCAE) – Traduction française. 28 mai 2009.
- Keefe DM, et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer. 2007;109:820-31.
- Köstler WJ, Hejna M, Wenzel C, Zielinski CC. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. CA Cancer J Clin. 2001;51:290-315.
- Migliorati C, Hewson I, Lalla R, Antunes H, Estilo C, Hodgson B, et al. Systematic review of laser and other light therapy for the management of oral mucositis in cancer patients. Support Care Cancer. 2012;21(1):333-41.
- Oberoi S, Zamperlini-Netto G, Beyene J, Treister N, Sung L. Effect of prophylactic low-level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9(9):e107418.
- Peterson DE, et al. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol. 2010;21(Suppl 5):v261-5.
- Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ, Herrstedt J. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. Ann Oncol. 2015;26(Suppl 5):v139-51.
- Peterson DE, Öhrn K, Bowen J, Fliedner M, Lees J, Loprinzi C, et al. Systematic review of oral cryotherapy for management of oral mucositis caused by cancer therapy. Support Care Cancer. 2012;21(1):327-32.
- Préconisations pour la pratique clinique : Saint-Paul-de-Vence 2009. Candidoses oropharyngées. Oncologie. 2009;11:682-4.
- Rousseau D, Collangettes D, Bensadoun R, Jadaud E. Mucite buccopharyngée radio- et/ou chimio-induite : évaluation, cotations et traitements. Cancer Radiother. 2012;16(5-6):541-2.
- Sibaud V, Boralevi F, Vigarios E, Fricain JC. Toxicité endobuccale des thérapies ciblées anticancéreuses. Ann Dermatol Venereol. 2014;141:354-63.
- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Recommandations sur la toilette buccale [Internet]. 2015. Disponible sur : http://www.sfap.org/system/files/toilette-buccale-2015.pdf
- Sonis S, Treister N, Chawla S, Demetri G, Haluska F. Preliminary characterization of oral lesions associated with inhibitors of mammalian target of rapamycin in cancer patients. Cancer. 2010;116:210-5.
- Stabilis.org. Stabilis 4.0 [Internet]. 2015. Disponible sur : http://www.stabilis.org/
- Trissel LA. Trissel's stability of compounded formulations. Washington (DC): American Pharmacists Association; 2009.
- INCa. Comprendre la chimiothérapie. Collection Guides d'information. Cancer info. Octobre 2008.
- Pilotte AP et al. Managing stomatitis in patients treated with mammalian target of rapamycin inhibitors. Clin J Oncol Nurs. 2011;15(5):E83-9

Copyright AFSOS, version de travail 10/2025