

Le mucositi in oncologia pediatrica

*Un odontoiatra itinerante...
...quando il lavoro diventa passione*

Riportiamo questo approfondimento della dott.ssa Simona Barsotti, odontoiatra pediatrico in servizio presso l'Odontostomatologia dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII, reparto a cui A.O.B. ha recentemente donato delle attrezzature fondamentali per la cura delle patologie correlate alle malattie oncologiche.

La mucosite è una flogosi del cavo orale, correlata all'effetto dei farmaci chemioterapici e agli agenti radianti utilizzati in campo oncologico, che si manifesta con preponderanza nei giovani pazienti.

Negli anni stiamo assistendo ad un miglioramento nella diagnosi precoce nelle terapie oncologiche pediatriche, mentre le complicazioni orali rimangono una causa significativa di morbidità e di potenziale mortalità.

La mucosite orale si verifica nel 40-80% dei pazienti pediatrici oncoematologici. È una infiammazione della mucosa del cavo orale che può estendersi a tutta la mucosa del tratto gastrointestinale. Il suo grado di severità è variabile e strettamente correlato allo schema terapeutico adottato, al dosaggio, alla durata e sequenza dei farmaci impiegati e risulta più severa nei pazienti sottoposti a trattamento mieloablativo per trapianto di midollo osseo.

Agenti chemioterapici come il metotrexate, fluorouracile ed etoposide risultano particolarmente stomatotossici.

Nei bambini e negli adolescenti il rischio di mucosite, a causa dell'elevato turnover cellulare associato alla giovane età, è maggiore rispetto agli adulti, ma di contro, la mucosite nei pazienti pediatrici, tende a risolversi più rapidamente che nell'adulto.

Prevenire e controllare le complicanze orali può evitare pericolosi aggravamenti, dolore e malnutrizione, oltre a causare ritardi nei tempi di cura e aumento dei costi.

Il Ministero della Salute ha pubblicato nel 2018 la revisione delle 'Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia chemio e/o radio', riaffermando l'importanza dell'odontoiatra pediatrico nella diagnosi, nella prevenzione e nella cura di patologie orali che possono interferire con il piano di trattamento oncologico e ridurre la

qualità di vita del bambino, rendendo la gestione di questi piccoli pazienti, multidisciplinare.

I segni clinici più evidenti sono:



-1) eritema, segno clinico precoce, generalmente in aree non cheratinizzate, come le superfici interne delle guance e delle labbra, il palato molle, la superficie laterale e inferiore della lingua e il pavimento della bocca;



-2) xerostomia, associata a disgeusia, disfagia e difficoltà della fonazione. La scarsa produzione di saliva comporta una diminuzione dell'effetto tampone nei confronti del pH

acido, una scarsa detersione del cavo orale, una diminuzione della concentrazione delle IgA e un indebolimento delle mucose. La xerostomia generalmente presenta un carattere transitorio, mentre può divenire permanente nei soggetti sottoposti a cicli di radioterapia a carico del distretto testa-collo;

-3) cambiamenti del gusto;

-4) infezioni virali, l'Herpes Simplex Virus è il principale agente eziologico;

-5) infezioni batteriche sostenute in particolare dallo Streptococcus Mitis;





-6) infezioni fungine (Candida ed Aspergillus);

-7) ulcerazioni e sanguinamento;

Sovente il piccolo paziente soffre di reflusso gastrico e vomito profuso che de-

termina un caratteristico aspetto opalescente diffuso delle mucose, con conseguente dolore e limitazione dell'apertura della bocca. L'atto della deglutizione diventa alquanto doloroso con conseguente serramento dentale. Frequentemente si evidenziano le impronte dei denti sulla mucosa orale delle guance e della lingua con le caratteristiche festonature.

L'atteggiamento posturale tipico di questi bimbi è di curvare le spalle rannicchiandosi, sia come reazione difensiva al dolore faringeo in deglutizione, sia come reale rifiuto psicologico alla situazione che stanno affrontando.

La mucosite può portare anche ad ostruzione delle vie aeree orofaringee secondarie a gonfiore, sanguinamento e ad una minore capacità di proteggere le vie respiratorie.



Le manifestazioni della mucosite hanno un grado di severità variabile valutabile con una scala di identificazione da 0 a 4.

Si associano a dolore severo che necessitano in primo luogo di una gestione analgesica con farmaci topici a base di lidocaina o benzydamina e farmaci per via sistemica (oppiacei).

In fase di infusione chemioterapica (5-fluorouracile) si consiglia la crioterapia orale (ghiaccio in bocca), con effetto preventivo, in quanto il freddo determina vasocostrizione e quindi limita la quantità di farmaco in grado di giungere alle



mucose orali riducendo l'effetto tossico responsabile dell'infiammazione.

L'uso di clorexidina in prevenzione non è raccomandato, mentre si consigliano colluttori non aggressivi a base di acido ialuronico e l'utilizzo di uno spazzolino dalle setole morbide.

Inoltre vengono consigliate: pomate emollienti per le labbra, una abbondante idratazione ed assunzione di cibi o bevande a temperatura ambiente o tiepide.

L'alimentazione per via orale non sempre risulta però possibile imponendo così una nutrizione parenterale di supporto con conseguenti tempi di ospedalizzazione più lunghi.

Le cure odontoiatriche del paziente oncologico durante la chemioterapia e la radioterapia sono di importanza fondamentale.

Quando poi il paziente è un bambino, obiettivo primario sarà quello di istruire ed educare alla corretta igiene orale la sua famiglia, coinvolgendo attivamente anche gli infermieri della degenza, al fine di monitorare l'andamento delle manifestazioni orali, i risultati della terapia adottata e l'efficacia dei presidi utilizzati.

Da qui la necessità di svolgere un ruolo attivo presso il reparto di degenza di questi pazienti con una valutazione pressoché giornaliera che consenta di monitorare l'andamento della mucosite, ma ancor prima di sviluppare un rapporto di fiducia e collaborazione con il paziente e i suoi familiari.

La costruzione di un rapporto fiduciario si manifesterà particolarmente utile nel proseguo della terapia, quando il dolore del cavo orale e la condizione di disagio psicologico del piccolo paziente, non risulteranno di aiuto per eseguire con facilità le terapie odontoiatriche necessarie.

L'odontoiatra svolge un approccio terapeutico indirizzato a tre gruppi distinti di pazienti:

- quelli che sono candidati a trattamenti antineoplastici,
- i pazienti in corso di trattamento,
- i pazienti che hanno terminato il trattamento.

L'esame obiettivo del paziente prima della terapia antineoplastica consente all'odontoiatra pediatrico di identificare precocemente le patologie orali che potrebbero insorgere, riaccutizzarsi o complicarsi durante i trattamenti terapeutici.

Spesso però il tempo a disposizione tra la diagnosi di malattia e l'inizio della chemioterapia è





brevissimo e le condizioni clinico-sistemiche dei bambini sono tali da imporre una tempestiva valutazione del cavo orale del paziente, nonché un rapido inizio delle terapie odontoiatriche atte a debellare eventuali focolai di infezione orale.



Inoltre il trauma psicologico inevitabile, conseguente alla diagnosi, può sicuramente distogliere l'attenzione dei genitori alle problematiche della bocca e all'igiene orale. Si rende quindi necessario, alla prima ospedalizzazione, un colloquio informativo sulle conseguenze orali indotte dai farmaci ed una sensibilizzazione sull'importanza di una scrupolosa igiene orale. Se al momento della diagnosi il piccolo paziente è in trattamento ortodontico, necessita di sospensione e rimozione del dispositivo terapeutico in quanto risulta un corpo estraneo, possibile causa di irritazione della mucosa ed ostacolo ad una corretta igiene. Il paziente in corso di terapia è meritevole di monitoraggio costante al fine di valutarne l'igiene orale, evidenziare i primi segni di mucosite e intercettare il dolore spesso campanello di allarme precoce all'evento clinicamente evidente.

Il trattamento con farmaci sistemici e topici offre sicuramente un valido supporto.

La nostra esperienza riporta significativi risultati positivi grazie all'ausilio di terapia Laser analgica a basso dosaggio con effetto analgesico e biostimolante, aiutando così la sopportazione del dolore e diminuendo i tempi di guarigione della mucosite.

La terapia accettata volentieri dal paziente, risulta priva di dolore e spesso motivo di 'gioco' grazie alla denominazione 'laser' che evoca nel paziente una luce rossa miracolosa e all'ausilio di 'speciali' occhiali verdi di protezione. Le sedute, seppure di breve durata, devono essere quotidiane e possono risultare efficaci sia in fase di trattamento sui segni evidenti di mucosite che in fase preventiva della stessa.

Il ruolo dell'odontoiatra pediatrico si svolge anche dopo la terapia oncologica, in quanto deve monitorare le potenziali anomalie dentarie indotte dal trattamento con antineoplastico. Per quanto riguarda il lungo termine, la sola chemioterapia non rappresenta un fattore di

rischio elevato per l'insorgenza della carie se durante la terapia stessa si sono mantenute buone abitudini di igiene orale; al contrario la radioterapia a carico del distretto testa-collo, per le condizioni di ridotta salivazione, che può persistere dopo il suo termine, rappresenta un fattore di rischio importante. Nel tempo tuttavia i bambini chemio-radiotrattati possono sviluppare difetti strutturali ed erosioni dello smalto rendendo il dente suscettibile alla carie. Il rischio di sviluppare anomalie, diminuisce all'aumentare dell'età del paziente al momento della terapia, risultano a più alto rischio i bambini sottoposti a terapie ad una età inferiore ai 5 anni. Per quanto riguarda gli effetti della radioterapia sulla crescita cranio-facciale, diversi studi hanno dimostrato che le deformità più severe sono state diagnosticate nei bambini esposti a dosi di radiazioni elevate e ad una età precoce.

Risulta quindi di fondamentale importanza effettuare controlli periodici, anche a guarigione avvenuta, di questi piccoli pazienti.

Quanto riportato credo che sia a testimonianza del fatto che, tra le varie figure multidisciplinari che devono assistere il bambino affetto da neoplasia, faccia parte anche quella di un odontoiatra pediatrico che sia però una figura presente 'sul campo', direttamente nel reparto per la cura oncologica, in quanto la valutazione del piccolo paziente deve essere effettuata quotidianamente per fornire immediati ausili e supporti terapeutici mirati, sia sui bambini in infusione che in quelli isolati per neutropenia.



**IN RICORDO DI
GIULIA, ELISA,
ILARIA, BARBARA,
CLAUDIA, ELIA,
MATTEO, ANNA**

Dott.ssa

Simona Barsotti

Odontoiatra pediatrico

*Responsabile dei
trattamenti laser
assistiti delle mucositi
da chemio e radioterapia
in età pediatrica*

