Vägledning för mun- och tandvård hos cancerpatienter i Norden

Författare och arbetsgrupp: B. Quinn (Storbritannien), A-M. Berthelsen (Danmark), L. Brandt Kristensen (Danmark), L. Forner (Danmark) och E. Wallhult (Sverige)

FÖRSTA UPPLAGAN

Förord av gruppens ordförande Barry Quinn, leg. sjuksköterska, fil. dr. i omvårdnad

Kära kollega

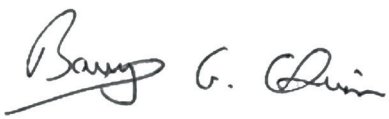
Välkommen till den första upplagan av Vägledning för mun- och tandvård hos cancerpatienter i Norden'.

Denna guide har utarbetats av en tvärprofessionell arbetsgrupp bestående av tandläkare och sjuksköterskor i Danmark och Sverige som arbetar med nuvarande och tidigare cancerpatienter.

På grundval av en genomgång av litteratur och internationella riktlinjer valde arbetsgruppen att utarbeta de nordiska vägledningarna baserat på publikationer från European Oral Care in Cancer (EOCC) och United Kingdom Oral Management in Cancer (UKOMiC).

Guiden fokuserar på vikten av att genomföra mer proaktiv mun- och tandvård hos nuvarande och före detta cancerpatienter. Som utgångspunkt har den cancerpatienter med högst risk för problem med munhälsan och inkluderar riskbedömning av tänder och munhåla, rekommendationer för behandling och tidiga insatser, utvärdering av åtgärder samt vikten av att initiera en lämplig behandlingsplan. Detta tillvägagångssätt kan hjälpa till att förebygga och minska risken för skador på tänderna och i munhålan, som har uppkommit i samband med cancerbehandling.

Vi hoppas att denna guide kommer att stödja dig i ditt kliniska arbete med cancerpatienter som har särskilda behov av vård och behandling av munhålan. Med stöd av denna guide kan vårdpersonal i olika professioner göra stor skillnad för patienter som lever med biverkningar i munhålan orsakade av cancerbehandling.



Senior Lecturer in Cancer and Palliative Care
Queen's University Belfast

Information om författaren och arbetsgruppen samt kontaktinformation för tryckta exemplar: www.eocc.uk

Innehåll

1.0 Inledning

2.0 Behandlingsstrategier

3.0 Bedömning av munhålestatus

4.0 Skötsel av munhålan

5.0 Förebyggande av orala komplikationer

6.0 Behandling av orala komplikationer

7.0 Uppföljning och eftervård

8.0 Sammanfattning

9.0 Referenser

Arbetsgrupp

Barry Quinn (författare), PhD, MSc, PGC Teach, BD, Bacc Phil RN, senior universitetslektor, Universitetslektor inom cancer och palliativ vård, Queen's University Belfast, Storbritannien

Ann-Mari Berthelsen, Kvalitetskoordinator, leg. sjuksköterska, M.Ed., Allogen benmärgstransplantation, Kliniken för blodsjukdomar, Rikshospitalet, Köpenhamn, Danmark

Lea Brandt Kristensen, Kvalitetskoordinator, leg. sjuksköterska, Master i kvalitet och ledarskap inom offentlig förvaltning (MPQM), Hematologisk transplantationsenhet, Aarhus Universitetssjukhus, Danmark

Lone Forner, tandläkare, PhD, privat klinik, Köpenhamn, Danmark

Elisabeth Wallhult, leg. sjuksköterska, Vårdenhetschef, Sektionen för hematologi och koagulation, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Sverige

1.0 Inledning

Varje år diagnostiseras ungefär 164 000 personer i Norden med cancer (NORDCAN 2019). Risken att få cancer före 75 års ålder är 32,6% för män och 28,3% för kvinnor (NORDCAN 2019). Sedan 1990-talet ses i de nordiska länderna, liksom i många andra delar av världen, en ökning av antalet nya cancerfall och antalet förväntas fortsätta att öka under de kommande två decennierna, bland annat på grund av att människor lever längre och bättre diagnostik leder till att fler diagnostiseras tidigare. Trots det finns ojämlikheter och människor från socioekonomiskt svagare områden kommer ofta senare till vård och diagnos.

I Norden utgörs 54% av alla cancerfall av bröstcancer (13,1%), lungcancer (9,3%), prostatacancer (16,4%), koloncancer (8,6%) och melanom (6,8%) (Danckert et al 2019). Enligt NORCAN (2021) diagnostiseras cirka 14 000 människor med en hematologisk cancer varje år. Över 12 500 personer diagnostiseras årligen med huvud- och halscancer (Danckert et al 2019).

I gruppen 75 år och äldre syns en kraftig ökning av antalet cancerfall och denna riskgrupp kan redan vara föremål för behandling och åtgärder för andra sjukdomstillstånd. Även förekomsten av ytterligare riskfaktorer såsom rökning, alkohol, ohälsosamma matvanor, brist på motion, fetma och genetiska faktorer bidrar till att antalet nya cancerfall fortsätter att öka.

Överlevnadsgraden för många cancerformer förbättras och den pågående utvecklingen av behandlingar med mer målinriktade läkemedel och precisionsmedicin, strålbehandling och kirurgi har lett till en minskning av en del av de allvarliga symptom som tidigare var vanliga. Ändå måste den cancerdrabbade ofta leva med kort- och långsiktiga biverkningar av sjukdom och behandling inklusive skador i munhålan. (tabell 1).

Tabell 1: Orala komplikationer i samband med cancer (Quinn et al 2020)

- Mukosit (slemhinneskada/-sår)
- Infektion/inflammation
- Dysgeusi (smakförändringar)
- Xerostomi (muntorrhet) och hyposalivation (nedsatt salivsekretion)
- Blödning
- Trismus (inskränkt gapförmåga)
- Halitosis (dålig andedräkt)
- Karies (hål i tänderna)
- Osteonekros (nedbrytning av käkbenet)
- Lymfödem och fibros (svullnad med åtföljande bindvävsinlagring i slemhinnan och vävnadslagret under slemhinnan)
- Dysfagi (sväljsvårigheter, relaterat till fibros)
- Kronisk Graft-versus-Host Disease - cGvHD (transplantat-mot-värd-reaktion vid allogen transplantation)

1.1 Cancer och munhålan

Cancer och cancerbehandling kan påverka munhålan och välbefinnandet, och orsaka allvarliga akuta och långvariga fysiska, psykologiska och sociala biverkningar (tabell 2). Trots att utvecklingen inom cancervården syftar till att förbättra överlevnad och livskvalitet är korrekt hantering av komplikationer och problem som kan uppstå i munhålan fortfarande en utmaning för personal inom sjuk- och tandvården i Norden. Det är väl belagt att många kliniker, hellre än att arbeta förebyggande med denna del av vården, helt enkelt hanterar orala komplikationer och skador först när de inträffar och då ibland på ett inkonsekvent och slumpartat sätt (Quinn et al 2020).

År 2020, träffades en multi-professionell grupp med munvårdsexperter inom onkologi och hematologi från Sverige och Danmark med syfte att främja munvård i klinisk praxis. Utifrån befintliga riktlinjer, vägledande dokument från andra länder och internationella organisationer (MASCC, EOCC, ESMO, UKOMiC), aktuell evidens och egen klinisk expertis utvecklade gruppen denna vägledning för praktiskt arbete. Fokus ligger på att förebygga och behandla orala komplikationer till följd av malign sjukdom och behandling, inklusive systemisk behandling, strålbehandling och understödjande behandlingsåtgärder.

Tabell 2: Biverkningar

- Personligt lidande
- Inverkan på botande behandling
- Ökad sjuklighet
- Undernäring/uttorkning
- Sömnsvårigheter
- Biverkningar av cancerbehandlingen
- Förlängd sjukhusvistelse
  (Quinn et al 2020)

Orala komplikationer är inte alltid oundvikliga och mycket kan göras för att minska symptomens svårighetsgrad med ett mer förebyggande förhållningssätt. Genom att kritiskt granska aktuella forskningsresultat och klinisk praxis och genom korrekt tillvägagångssätt för hantering av orala problem inom cancervården kan ohälsa för individen och behovet av vårdresurser kraftigt minskas.

Tidig upptäckt av potentiella och faktiska problem kan bidra till att minska ohälsa i munnen. Med patienten i centrum och samverkan mellan specialiteter och professioner (tandvård, onkologi, strålbehandling, dietist, logoped och sjukvårdspersonal), kan vård och behandlingsplaner utformas. Genom korrekt bedömning samt planering av vård och behandling kan ohälsa i munnen upptäckas och åtgärdas vilket minimerar behandlingsuppehåll och långvariga problem samt maximerar patientsäkerheten.

En av de största utmaningarna är att korrekt och konsekvent hantera skador orsakade av oral mukosit. Oral mukosit har definierats av Al-Dasoogi et al (2013) som inflammation i munslemhinnan, kännetecknad av sårbildning som kan leda till smärta, dysfagi (sväljsvårigheter) och försämrad talförmåga. Slemhinneskador orsakade av oral mukosit skapar grogrund för infektioner och sepsis blir en risk, särskilt för den gravt immunsupprimerade patienten.

1.2 Förekomst av skador i munhålan

Inom cancervården är förekomsten av skador i munhålan mycket högre än vad man tidigare trott. Förekomsten av oral mukosit är sannolikt mycket högre (Quinn et al 2016) (tabell 3) än den hittills förväntade om minst 45–50% för de patienter som genomgår cytostatikabehandling eller målinriktad behandling mot en solid tumör (Sonis et al 2004, Li & Tovato 2012, Elad et al 2015). Över 95% av alla patienter som genomgår en hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT) drabbas av mukosit (Elad et al 2015). Kostler et al (2001) uppskattar att så många som 97% av alla patienter som får strålbehandling (med eller utan cytostatika) för huvud- och halscancer får mukosit av varierande grad. Med den ökande användningen av mer riktade läkemedelsbehandlingar och behandlingssätt kan problem i munhålan bli en ännu större utmaning (Quinn et al 2015). Samtidigt kan understödjande behandling med benstärkande läkemedel (som bisfosfonater), opiater, läkemedel mot illamående och kräkningar, korrekta förebyggande åtgärder och ett välplanerat tillvägagångssätt bidra till att minska problemen men också utgöra en risk för osteonekros till följd av behandling med bisfosfonater.

Tabell 3: Förekomst av skador i munnen

- Vanlig cytostatikabehandling (5%-10%)
- Tyrosinkinashämmare, mTOR-hämmare (45%)
- Myelosuppressiv cytostatikabehandling (50%)
- Strålbehandling/cytostatikabehandling vid huvud- och halscancer (50%-97%)
- Hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT) (68%-98%)

(Sonis et al 2004, Bhatt et al 2010, Boers-Doets et al 2011, Li & Tovato 2012, Peterson 2015, Hannen et al 2017)

2.0 Behandlingsstrategier

Insatser som syftar till att förbättra tand- och munhälsa bygger på fyra huvudprinciper: bedömning, vård, förebyggande åtgärder och behandling.

- Noggrann bedömning av munhålan
- Individuell vårdplan
- Förebyggande åtgärder, insatta i rätt tid
- Korrekt behandling

(Quinn et al 2008).

3.0 Bedömning av munhålestatus

Bedömningen ska påbörjas innan cancerbehandlingen startar genom att identifiera de patient- och behandlingsrelaterade risker som mest sannolikt kan orsaka skador i munnen.

Varje patient måste riskbedömas avseende faktorer som redan existerande tandproblem, ålder, tidigare bruk av alkohol och tobak, undermålig kost, uttorkning, och understödjande behandling som kan orsaka torrhet eller förändring i den normala slemhinnan.

En omfattande bedömning av utgångsstatus för tänder och munhåla bör göras av tandläkare före start av all typ av behandling där orala komplikationer kan förväntas (Elad et al 2015, Quinn et al 2020). Detta görs för att fastställa allmän munhålestatus och åtgärda befintliga eller tänkbara källor till tandproblem. Om möjligt ska identifierade tandproblem åtgärdas innan behandlingen påbörjas (British Dental Health Foundation 2015). De flesta patienter har behov av regelbunden tandvårdskontakt under hela behandlingen och även på längre sikt för uppföljning av eventuella skador i munnen som käkbensnekros och karies.

Förutom att det är angeläget att göra en riskbedömning och ge patienten särskilda munvårdsråd, kan det vara viktigt att genomföra en grundlig bedömning av tandstatus och dokumentera detta ifall en ansökan om särskilt tandvårdsbidrag (STB) blir aktuell.

Ytterligare en bedömning av munhålans status bör göras av sjuksköterska eller läkare så nära inpå start av första behandlingen som möjligt. Denna bedömning ska göras med hjälp av ett validerat munbedömningsinstrument (Quinn et al 2019) för att säkerställa korrekt bedömning och dokumentation. Bedömningsinstrumentet bör omfatta förändringar i slemhinnan, förekomst eller frånvaro av smärta, förekomst av infektion eller blödning, tandstatus (med bedömning av eventuella beläggningar, matrester och skador) samt patientens näringsstatus.

Bedömningar bör sedan göras med jämna mellanrum (tabell 4) för att följa upp vidtagna åtgärder samt dokumenteras i patientjournalen. Patienten kan uppmuntras till att själv göra munbedömning och att rapportera synliga eller upplevda förändringar till personalen i vårdteamet. Munhålan bör inspekteras varje

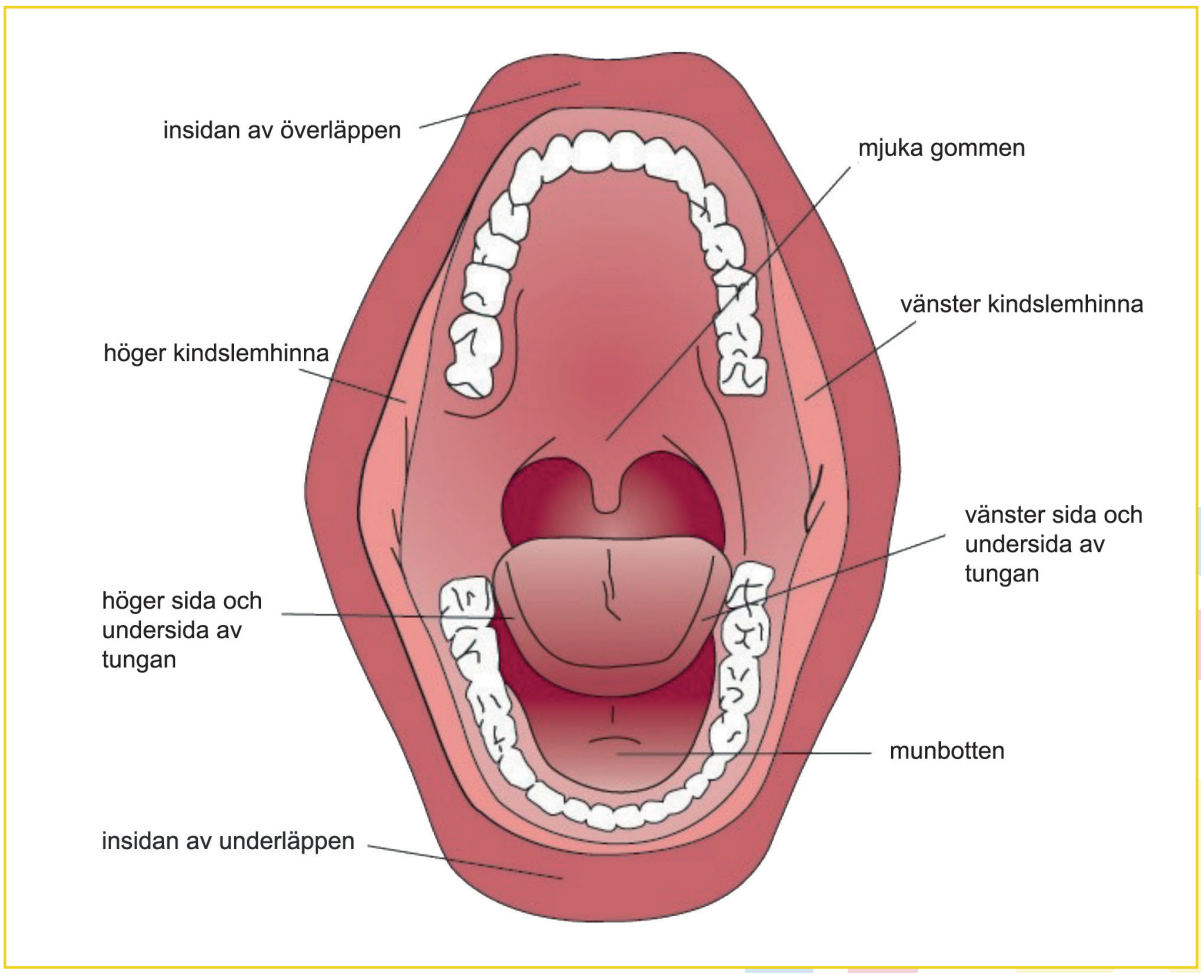
gång patienten kommer till sjukhuset för cytostatikabehandling, behandling med målinriktade läkemedel, strålbehandling mot huvud-halsregionen eller efter huvud- och halsoperation (Quinn et al 2020). Patienten bör då också få fortlöpande utbildning.

Tabell: 4 Förslag till tidsintervall för bedömning

- Under sjukhusvistelse (dagligen)
- Under strålbehandling (dagligen)
- Före varje behandlingscykel av systemisk cancerbehandling (veckovis-månatligen)
- Patientens egen bedömning hemma (dagligen)
- Uppföljning efter behandlingen (var tredje månad)

Mukosit orsakad av vanlig cytostatikabehandling utvecklas vanligen 4–7 dagar efter behandlingsstart och är som mest uttalad inom 10–14 dagar. Konventionell strålbehandling ger en mer gradvis mukositutveckling eftersom strålningen ges i små fraktioner om 2-2,75 Gy under ett antal veckor. Strålningsorsakad mukosit börjar vanligtvis vid kumulativa doser på cirka 15 Gy (runt dag 10) och når oftast maximal intensitet vid 30 Gy. Strålreaktioner kan ta veckor eller månader att läka (Li and Tovato 2012).

Bild 1: Områden som är särskilt utsatta för skador av systemisk anti-cancerbehandling (Systemic Anti-Cancer Treatment - SACT)



Tabell 5: Inspektion av munhålan

- Utrustning: bra ljuskälla, handskar, tungspatel, torra kompresser.
- Patienten i avslappnat bekvämt läge.
- Använd ett utprovat och tillförlitligt bedömningsinstrument som är lätt att tolka och inte skapar obehag för patienten.
- Inspektera de områden i munhålan som oftast drabbas av skador vid systemisk anti-cancerbehandling (SACT) (Bild 1).

4.0 Skötsel av munhålan

Tandvårdsteamet består vanligen av tandläkare, dietist, sjuksköterska, läkare och tandhygienist. Stödet från teamet och god kommunikation med patienten är nyckeln till att bibehålla patientens munhälsa. Patienten ska förses med instruktioner och uppmuntras att upprätthålla god munhygien. Patientutbildningen bör också inkludera information om potentiella komplikationer för att göra det möjligt för patienten att identifiera och rapportera dessa tidigt (Elad et al 2015). Patientutbildningen bör ges innan behandlingen påbörjas samt regelbundet under och efter avslutad behandling. Utbildningen bör också innehålla bedömning av kostbehov och åtföljande kostråd. All utbildning bör ges muntligt och kompletteras med skriftligt material.

Beroende på patientens munhälsa kan regelbundna besök hos tandhygienist före, under och efter behandlingen behövas (Elad at al 2015).

4.1 Nutritionsbedömning och kost

- God näring är avgörande för att bekämpa infektion, upprätthålla en frisk slemhinna, underlätta nybildning av slemhinnevävnad och begränsa befintlig mukosit. Alla patienter bör hänvisas till dietist för näringsstatus och utbildning. Faktorer som kan påverka näringsupptaget såsom aptitlöshet, smakförändringar tal- och sväljsvårigheter bör bedömas. Hänvisning till logoped kan vara nödvändigt för att bedöma sväljsvårigheter.
- Det finns viss mat som kan skada munslemhinnan. Varm mat och varm vätska såväl som grova, vassa och hårda livsmedel bör därför undvikas. Kryddig, mycket salt och sur mat kan orsaka irritation i slemhinnan men kan föredras eller tolereras av vissa patienter.

4.2 Tandvård

Borttagning av plack

- Beroende på munhålans status bör försiktig borstning utföras två till fyra gånger om dagen, helst efter måltiderna och innan patienten går till sängs (Peterson et al 2015).
- Rekommendera användning av extra mjuk tandborste (manuell eller elektrisk) och att borsta alla tandytor och längs tandköttslinjen försiktigt, och även på tungan. För att avlägsna plack så effektivt som möjligt rekommenderas att borsta med små cirkelrörelser (Poyato-Ferrera et al 2003, Peterson et al 2015).
- Efter borstning ska tandborsten sköljas ordentligt med vatten och förvaras stående med borsthuvudet uppåt, separat från andra familjemedlemmars tandborstar för att minimera risken för infektioner. Tandborsten bör bytas regelbundet varje månad eller oftare beroende på patientens infektionsrisk.

- Om det gör för ont i munnen att använda tandborste eller om patienten inte kan öppna munnen helt kan muntork för engångsbruk användas med försiktighet (Quinn et al 2016). Muntork är dock inte effektiva för plackbekämpning eller förebyggande av karies och bör därför inte betraktas som ett alternativ till borstning.

4.3 Kariesrisk och fluor

- För att skydda emaljen bör tandkräm med fluor (1450 ppm F-) användas.
- De flesta patienter som genomgår cancerbehandling löper ökad risk för karies på grund av muntorrhet. Generellt är risken för karies högre för patienter som får strålning mot huvudet och halsregionen och studier har också visat att patienter som genomgår cytostatikabehandling får ökad förekomst av karies (Hong et al 2010, Deng et al 2015). Karies kan utvecklas snabbt och aggressivt och utgör ofta en allvarlig risk för tandförlust.
- För att förhindra uppkomst av karies och hål i tänderna kan patienten med fördel ersätta sin vanliga fluortandkräm med en tandkräm med högre fluorhalt. I Danmark innehåller tandkrämer med hög fluorhalt 5000 ppm fluor och finns som receptbelagt läkemedel. I Norge, Sverige och Finland klassificeras fluortandkräm med 5000 ppm fluor som receptfritt läkemedel (OTC) och kan köpas på apotek. I Sverige ingår tandkrämer med hög fluorhalt i ersättningssystemet vilket innebär att för patienter som får tandkrämen på recept ingår detta i läkemedelsförmånen (högkostnadsskyddet).
- Patienten bör använda tandkräm med den fluorhalt som rekommenderats eller ordinerats av munvårdsteamet. Vissa patienter kan uppleva att de blivit känsligare för tandkrämens smak eller lödder. Teamet kan då hjälpa till att hitta en annan tandkräm med samma fluorhalt som tolereras bättre av patienten.
- Fluorlackning 2–4 gånger per år i samband med tandläkarbesök kan hjälpa för att kontrollera kariesrisken och förhindra hål hos patienten. Teamet bör rekommendera patienten att rådfråga sin tandläkare.

4.4 Rengöring mellan tänderna

- Daglig användning av tandtråd och/eller andra hjälpmedel för rengöring mellan tänderna (inklusive tandpetare) kan minska plackbildning i mellanrummen (Sambunjak et al 2011, Poklepovic et al 2015, Imai et al 2012).
- För att förhindra slemhinneskador måste det dock säkerställas att patienten kan använda dessa korrekt. Patienten bör därför instrueras i korrekt användning. Tandtråd och andra hjälpmedel för rengöring mellan tänderna bör användas med försiktighet av patienter med trombocytopeni (låga blodplättar) eller koagulationsrubbningar och de som får strålbehandling för huvud- och halscancer.

4.5 Tandproteser

- Dessa bör sitta bra eftersom dåligt sittande protester kan orsaka skav som irriterar slemhinnan och skadar den. Proteserna måste sköljas efter varje måltid. Grundlig rengöring genom att borsta med tvål och vatten bör utföras minst två gånger dagligen. Tandproteser ska rengöras, torkas och förvaras i en tät behållare över natten (Duyck et al 2013).

4.6 Munskölj

- Syftet med att använda munskölj kan innefatta: munvård, förebyggande/behandling av infektion, att fukta munhålan eller ge smärtlindring. Som ett minimum för att hålla munhålan ren rekommenderas sköljning med milda lösningar som vatten, koksalt (0,9% NaCl) eller saltvatten minst fyra gånger dagligen (Lalla et al 2014).
- En viktig uppgift för personalen är att bedöma att patienten har förmåga och vana använda munskölj. Vissa patienter kommer att behöva assistans. Det kan vara nödvändigt för vårdpersonalen att utföra/stödja munvården genom sköljning med koksalt (0,9% NaCl) och/eller bikarbonatlösningar med eller utan sug (Elad et al 2015).
- Vid muntorrhet kan munskölj med en natriumfluoridhalt på 0,2% användas 1–2 gånger dagligen som kariesprofylax. Patienten ska inte äta eller dricka under 30 minuter efteråt.

4.7 Alkohol och rökning

- Alkohol och tobak kan skada munslemhinnan. Råd bör ges till patienten för att gradvis minska eller undvika dessa. Om så är lämpligt kan patienten erbjudas mer information om olika typer av behandling och metoder för att sluta röka eller dricka alkohol (Elad at al 2015, Quinn et al 2020).

4.8 Muntorrhet och torra läppar

- Patienten bör upprätthålla tillräcklig vätsketillförsel och dricka vatten ofta för att hålla munnen fuktig. Flera faktorer kan bidra till torrhet i munnen inklusive syrgas och läkemedel (t.ex. antidepressiva medel, antihistaminer, fenytoin, opioider och inhalationspreparat med kortison). Terminalt sjuka patienter är mer benägna att få torra läppar och torr mun på grund av vissa mediciner som används i livets slutskede.
- Smörjmedel som vaselin/vitt paraffin, cerat eller läppkräm kan användas för att fukta läpparna. Vattenlösliga preparat kan användas för patienter som genomgår strålbehandling mot huvud och hals samt för de som får syrgas (Quinn at al 2008).
- Att regelbundet läppja på eller spreja vatten kan hjälpa för att hålla munslemhinnan fuktig. Sprej och munsköljvätska med koksalt eller saliversättning kan användas. Vissa saliversättningar kan ha ett surt pH-värde som kan ge tandskador. Saliversättningar innehåller vanligen inte fluor och ger därmed inget skydd mot karies. Vissa saliversättningar innehåller också animaliska ingredienser vilket måste stämmas av mot patientens önskemål. Sockerfritt tuggummi kan stimulera salivproduktionen. Det finns anekdotiska bevis för att bitar av färsk ananas också kan bidra till att stimulera salivproduktionen men detta bör användas med försiktighet eftersom fruktsyran kan irritera munslemhinnan och skada tänderna (Lalla et al 2014).
- Nebulisatorer eller inandning av ånga kan hjälpa till att lossa tjockt slem. Koksalt- eller bikarbonatlösning kan användas. Rensugning av munhålan kan krävas för att hjälpa den som har svårt att bli av med sekretet men måste användas med försiktighet då det kan orsaka slemhinneskador i munnen.

Bedömning av munhålan och munvård bör utföras dagligen. Patienten bör uppmuntras att observera och tidigt rapportera förändringar i munnen eftersom dessa kan kräva åtgärder och ändringar i patientens munvårdsrutin.

5.0 Förebyggande av orala komplikationer

För att förebygga orala komplikationer bör en personlig vårdplan utformas tillsamman med patienten där hänsyn tas till individens personliga behov, tidigare munvårdsrutin, sjukdom och behandlingsrelaterade risker.

Följsamhet till förebyggande åtgärder och god munhygien bidrar till att minimera eller minska risken för efterföljande problem med mukosit och munskador (Assad et al 2014, Frolund et al 2016, Dalgaard et al 2017, Walladbegi et al 2019).

Valet av förebyggande åtgärder beror på risken för skador i munnen. Riskklassificeringen indelas i nivå 1–3.

5.1 Riskklassificering: Nivå 1

- Patienter utan tidigare kända orala komplikationer.
- Patienter som får behandlingar som vanligen inte ger måttlig eller svår mukosit/orala komplikationer.

Åtgärder

- Uppmuntra självrapportering av eventuella förändringar i munhålan.
- Säkerställ ett korrekt utgångsstatus.
- Upprätthåll god munhygien – alla patienter bör stödjas och uppmuntras i detta (Elad et al 2015, Dalgaard et al 2017, Quinn et al 2020).
- Rökstopp – ge råd och stöd innan cancerbehandlingen påbörjas.
- Vätsketillförsel – uppmuntra regelbundet intag av vätska.
- Reducera plack – använd mjuk manuell eller elektrisk tandborste.
- Förebygg karies – använd tandkräm med hög fluorhalt för att förhindra hål i tänderna (Royal College of Surgeons of England/ The British Society for Disability and Oral Health 2012, Frolund et al 2016).
- Uppmuntra rengöring mellan tänderna (Sambunjak et al 2011).
- Munsköljning - Koksaltlösning som sköljs runt och gurglas minst 4 gånger om dygnet rengör munnen och tar bort skräp (Elad et al 2015, Quinn at al 2020). Patienter på sjukhus kan använda 0,9% NaCl från en ampull/vial följt av sköljning med kallt eller varmt vatten.
- Nutritionsbedömning och remiss till dietist där så är lämpligt (Elad et al 2015, Assad et al 2014).

5.2 Riskklassificering: Nivå 2

- Patienter som tidigare haft mukosit eller orala komplikationer.
- Patienter som får systembehandling mot cancer där behandlingen är känd för att orsaka mukosit och/eller andra orala komplikationer.
- Lågdosstrålning mot huvud-halsregionen (i palliativt syfte).
- Läkemedel och/eller komorbiditet som kan orsaka muntorrhet.
- Äldre personer (Frolund et al 2016).

Åtgärder

- Förutom de förebyggande åtgärderna för nivå 1 kan följande övervägas:
- Öka antalet munsköljningar med koksalt (Quinn et al 2020).
- Kryoterapi (att suga på isbitar) rekommenderas vid 5 – fluorouracil bolusbehandling och vid högdos melfalan (Lalla et al 2014). Svep runt isbitar i munnen i 30 minuter, med början 5 minuter innan behandlingen ges.
- Munsköljning - Bensydamin 0,15% lösning sköljs runt i munnen och spottas sedan ut 4 gånger dagligen (Lalla et al 2014).
- Överväg munsköljningar som fuktar, rengör och smörjer munhålan (4–10 gånger dagligen). Rekommendationen är att starta munsköljningarna första behandlingsdagen med cytostatika eller första dagen för strålbehandling av huvud-halsregionen (Walladbegi et al 2019, Quinn et al 2020).
- Överväg slemhinneskyddande medel som barriärskapande lipidpreparat.

5.3 Riskklassificering: Nivå 3

- Patienter som tidigare haft måttlig eller svår mukosit eller orala komplikationer.
- Patienter som opererats i munnen eller huvud-halsregionen.
- Patienter som får högdos cytostatikabehandling inför hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT) (Sengeløv et al 2019).
- Patienter under behandling med högdos metotrexat och cytarabin.
- Kurativt syftande strålbehandling mot huvud-halsregionen.

Åtgärder

Förutom de förebyggande åtgärderna för nivå 1 och 2 kan följande övervägas:

- Näringsstöd och -bedömning – hänvisning till dietist där så är lämpligt. Alla patienter bör genomgå nutritionsbedömning med hjälp av ett validerat screeninginstrument och för dem som anses vara i riskzonen för nutritionsproblem bör tidiga insatser med nutritionsstöd och kontakt med en erfaren dietist vidtas (Elad et al 2015).
- Alla patienter som genomgår hematopoietisk stamcellstransplantation och alla patienter med huvud- och halscancer bör bedömas av dietist innan behandlingen påbörjas och följas med jämna mellanrum under behandlingen. De kan också behöva fortsatt stöd efter avslutad behandling (Elad et al 2015, Quinn et al 2016).
- Behandling med lågeffektlaser (LLLT) (Anschau et al 2019, Walladbegi et al 2019).
- Infektionsprofylax enligt lokala rutiner/riktlinjer.

5.4 Infektionsprofylax

Även om god munhygien är grundläggande kan förebyggande svamp- och virusbehandling ordineras (enligt lokala rutiner/riktlinjer) för att förhindra infektioner hos patienter med nedsatt immunförsvar, inklusive patienter med hematologisk cancer under behandling med cytostatika.

Infektionsprofylax för patienter med huvud- och halscancer är vanligen bara nödvändig om det är känt att

patienten löper risk att drabbas av infektion på grund av känd komorbiditet.

Svampprofylax bör ges till patienter som får högdos kortison.

Patienter med högre risk för infektion, inklusive de som genomgår hematopoietisk stamcellstransplantation, bör också få anti-svampläkemedel i förebyggande syfte. Detta kan innefatta olika svamppreparat (Quinn et al 2016).

Virusprofylax kan innefatta peroralt aciklovir eller motsvarande 3 gånger dagligen (eller enligt lokala rutiner/riktlinjer).

6.0 Behandling av orala komplikationer

Behandling av orala komplikationer utförs bäst av ett tvärprofessionellt team som kan bestå av läkare, tandläkare, tandsköterskor/-hygienister, sjuksköterskor och apotekare. God kommunikation och utbildning av patienten är avgörande för att säkerställa att all behandling som ges ger patienten maximal lindring. Uppföljning och utvärdering bör ske med täta mellanrum under behandlingen (Assad et al 2014).

Alla behandlingsplaner bör baseras på graderingen av avvikelser i munhålan.

6.1 Lätt eller måttlig mukosit/orala komplikationer

- När skada uppstått bör patienten stöttas att fortsätta med munvården.
- Antalet munsköljningar kan ökas. Målet är att hålla munhålan ren och fuktig.
- Inspektera avseende orala infektioner, använd muntork och behandla på lämpligt sätt. Svampbehandling, lokal eller systemisk, bör ges vid behov.
- Svampdödande munsköljvätska kan användas vid sekundärinfektion med candida.
- Sprej eller gel som innehåller kortison, munvatten eller gel med hyaluronsyra kan användas för aftösa sår.
- Överväg munsköljvätska och slemhinneskyddande medel som barriärskapande lipidpreparat.
- Näringsbehovet bör bedömas och mat som orsakar obehag undvikas.
- Sväljproblem, undernäring och viktminskning bör följas upp och patienten ges stöd och råd. Vilken konsistens maten har, hur den intas och näringsberikas bör också bedömas och anpassas och patienten erbjudas stöd och utbildning. Användning av näringsdrycker, nasogastrisk sond eller perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) bör övervägas.
- Vätskeintaget bör följas och utvärderas fortlöpande liksom val av administreringsväg för smärtbehandling. Allmänna hälsoproblem bör också beaktas (förmåga att svälja tabletter, låg blodsockernivå, sänkt blodtryck och nedsatt njurfunktion vilket kan leda till för höga nivåer av läkemedel och andra ämnen).
- Patienten kommer att behöva adekvat smärtbehandling, både lokal och systemisk med paracetamol, kodein, munsköljvätska innehållande morfin eller benzydamin, eller lidokainpreparat. Patienten bör erbjudas utbildning om användningen och tänkbara biverkningar såsom domningar i munslemhinnan. Undvik att gurgla runt munhålan eller applicera långt bak i svalget på grund av risken för aspiration. Kom ihåg att paracetamol kan dölja feber, så kontrollera kontraindikationer och interaktioner före administrering av smärtstillande läkemedel.

6.2 Svår mukosit/orala komplikationer

Förutom rekommendationerna för milda/måttliga besvär bör följande övervägas:

- Tätare inspektioner av munhålan.
- Öka dosen av systemisk smärtbehandling.
- Välj det som lämpar sig bäst för patienten – subkutan eller intravenös smärtbehandling (opiater) eller depotplåster. Patienten kan behöva en kombination av långsamverkande och snabbverkande läkemedel.
- Fortsätt att följa och bedöma effekten av smärtbehandling och eventuella biverkningar samt beakta patientens rädsla och oro.

6.3 Behandling av specifika orala komplikationer

Smärta

Smärtbehandling kan inledas med löslig paracetamol (tabletterna löses i vatten och används som munvatten innan de sväljs). Kom ihåg att paracetamol kan dölja feber. Lägg till löslig kodein om det behövs. Användning av icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) kan vara kontraindicerad på grund av blödningsrisk och nedsatt njurfunktion (Keefe et al 2007).

Överväg peroral lösning med 0,15% benzydamin som sköljs runt i munnen och sedan spottas ut. Upprepa vid behov. Späd med vatten före administrering om patienten klagar över sveda. Patienter med svår mukosit och patienter som strålas mot huvud och hals kan dock ha svårt att tolerera denna behandling.

Användning av starkare smärtstillande medel med opiater i tablettform eller lösning kan krävas för att lindra smärtan. Vissa flytande läkemedel kan vara alkoholbaserade och bör användas med försiktighet eftersom de kan orsaka irritation i slemhinnan och öka smärtan. Om patienten inte uppnår smärtkontroll överväg att använda ytterligare opioidläkemedel och välj lämpligt administrationssätt såsom fentanylplåster eller patientkontrollerad läkemedelspump/-spruta (PCA). Rådgör med smärtteam eller palliativt team.

Överväg att öka antalet munsköljningar för att fukta och rengöra munhålan.

Överväg användning av slemhinneskyddande medel. Produkten ska sköljas runt i munnen för att bilda ett skyddande skikt över de ömma områdena och appliceras vanligen 30–60 minuter före mat eller dryck. Dessa produkter får inte sväljas.

6.4 Blödning från munhålan

Om det förekommer lokal blödning i munhålan överväg att använda tranexamsyra i tablett- eller injektionsform. Tabletter kan lösas i 5 ml vatten och användas för att skölja munnen var 4–6 timme (Watson et al 2011). Patienter som behandlas med antikoagulantia eller som är trombocytopena måste övervakas noga och i vissa situationer kan tranexamsyra vara kontraindicerat.

6.5 Xerostomi (muntorrhet)

Uppmuntra patienten att dricka vatten och fukta munslemhinnorna med täta intervall.

För att skydda och fukta slemhinnan kan viskösa lösningar och fuktgivande gel användas. Patienten bör då instrueras om hur dessa används.

Vid kronisk strålbehandlingsrelaterad muntorrhet kan pilokarpin användas såväl som salivgel och andra saliversättningar.

6.6 Trismus (inskränkt gapförmåga)

Problem med att öppna munnen och använda tuggmuskulaturen är en vanlig biverkan under och efter högdos strålbehandling mot huvud och hals. Patienten bör ges tänjningsövningar och behandlingsteamet kan överväga mekaniska hjälpmedel för att minska problemet. Det kan även vara lämpligt att involvera logoped.

6.7 Graft-versus-Host-Disease (GvHD)

Mukosit och munskador kan vara tecken på kronisk transplantat-mot-värdsjukdom (cGvHD) hos patienter som genomgått allogen stamcellstransplantation. Förekomst av lichen planusliknande förändringar (vita streck, nätmönster eller upphöjningar eller sårbildning) kan tyda på cGvHD (Demarosi et al 2005). Shorrer et al (2014) föreslår att kortisonlösning används som behandling i första hand. I andra hand kan kortisonlösning och andra immunsuppressiva läkemedel ges. Behandling av oral GvHD ska skötas av läkare med specialistkunskap om allogent stamcellstransplanterade patienter.

7.0 Uppföljning och eftervård

Efter vanlig cytostatikabehandling läker de flesta orala komplikationer snabbt och kräver ingen ytterligare uppföljning men patienten bör uppmanas till åtminstone ett tandläkarbesök årligen.

Skador i munnen i samband med hematopoietisk stamcellstransplantation och stråL- och cytostatikabehandling vid huvud- och halscancer tar flera veckor/månader att läka och patienten behöver fortsatt stöd och vård av kunnig vårdpersonal under denna period.

Särskilt viktigt är att patienten får stöd att hantera biverkningar inklusive smärta och gradvis minskning av smärtbehandlingen.

Kroniska biverkningar av strålbehandling – särskilt karies, osteoradionekros (ett område i käkbenet som inte läker inom 2 månader efter strålbehandling), trismus, fibros, lymfödem, kronisk muntorrhet och kronisk smärta – kräver noggrann hantering. Alla patienter ska bedömas individuellt och lämplig vård och behandling ges.

Patienter som får benstärkande behandling (t.ex. bisfosfonater) löper risk för behandlingsrelaterad osteonekros i käken. Detta kräver samarbete mellan teamen inom hematologi/onkologi, odontologi och patienten för att minimera den risken eller ytterligare skador samt för att säkerställa noggrann uppföljning och justering av behandlingsplanerna.

Eftervården bör planeras och följas upp, särskilt efter strålbehandling eller allogen stamcellstransplantation, i syfte att hantera långtidsbesvär och sena komplikationer.

8.0 Sammanfattning

Principerna i denna vägledning är avsedda som ett stöd och bör inte på något sätt ersätta kliniska beslut avseende den enskilde patienten och den kliniska situationen. Beroende på svårighetsgraden av de orala komplikationerna och dess påverkan på patienten så måste teamet se över vårdplanen.

Även om denna vägledning och dessa rekommendationer fokuserar på onkologi och hematologi kan principerna vara tillämpliga i palliativ vård och vård i livets slutskede.

9.0 Referencer

Al-Dasoogi et N. et al (2013) Emerging evidence of the pathobiology of mucostis. Support Care Cancer 21:3233-3241

Anschaui, F., Webster, J., Zanella Capral, M.E et al (20198) Efficacy of low-level laser for treatment of cancer oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. Lasers in Med Science 34 1053-1062

Assad et al (2014) Orale senfølger af behandling for hoved-hals-cancer. English title: Late oral complications of treatment of head and neck cancer. Tandlægebladet. 118. nr. 9: 714-717 https://tandlaegebladet.dk/sites/default/files/articles-pdf/714-717.pdf (Provided with an english abstract)

Bhatt, V., Ventrell, N. et al (2010) Implementation of a standardised protocol for the prevention and management of oral mucositis in patients undergoing haemopoitiec cell transplant. J. Oncol Pharm Pract. Sept 16 (3) 195-204

Boers-Doets, C.B., Epstein, J.P., Raber-Durlacher, J.E. et al (2011) Oral adverse events associated with tyrosine kinase and mammalian target of rapamycin inhibitors in renal carcinoma A structured literature review. The Oncologist 17: 135-144

Boers-Doets, C. B. (2013) mTOR inhibitor-associated stomatitis (mIAS) scale. Supportive Care in Cancer. 21 (S1) S140

British Dental Health Foundation. https://www.dentalhealth.org/tell-me-about/topic/caring-for-teeth Accessed 20 December 2015.

Dalsgaard et al (2017)Effektiv mundpleje reducerer skadelige mundgener. Fag & Forskning (2) 50-53: https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2017-2/effektiv-mundpleje-reducerer-skadelige-mundgener

Danckert B, Ferlay J, Engholm G, Hansen HL, Johannesen TB, Khan S, Køtlum JE, Ólafsdóttir E, Schmidt LKH, Virtanen A and Storm HH. (2019) NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 8.2

Demarosi, F., Lodi, G., Carrassi, A. et al (2005) Oral malignancies following HSCT: graft versus host disease and other risk factors. Oral Oncol 41: 865-877

Deng J et al. Oral Oncol 2015; Dental demineralization and caries in patients with head and neck cancer

51: 824–831.

Duyck J, Vandamme K, Muller P, Teughels W. Overnight storage of removable dentures in alkaline peroxide-based tablets affects biofilm mass and composition. Journal of dentistry. 2013;41(12):1281-9

Eilers J, Berger AM, Petersen MC (1988) Development, testing, and application of the oral assessment guide Oncology Nursing Forum 15: 325-330

Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT et al (2015) Basic oral care for hematology–oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). Support Care Cancer 23:223–236

Elting LS, Cooksley C, Chambers M, Cantor SB, Manzullo E, Rubenstein EB (2003) The burdens of cancer therapy. Clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis Cancer 98: 1531-1539

Epstein, J.B., Barasch A et al (2018) Oral and Dental Health in Head and Neck Cancer Patients. Cancer Treatment and Research

European Society for Medical Oncology (2007) Immunotherapy-related side effects and their management: An ESMO guide for patients. esmo.org

Filicko J, Lazarus HM, Flomenberg N (2003) Mucosal injury in patients undergoing hematopoietic progenitor cell transplantation: new approaches to prophylaxis and treatment Bone Marrow Transplantation 31: 1-10

Frølund et al. (2016) Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter http://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne%20til%20voksne%20borgere%20og%20patienter.pdf

Gussgard AM, Hope AJ, Jokstad A, Tenenbaum H, Wood R (2014) Assessment of cancer therapy-induced oral mucositis using a patient-reported oral mucositis experience questionnaire PloS one 9: e91733

Hannen, J.B., Carbonnel, F., Robert, C. et al (2017) Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up ESMO Guidelines Committee Ann Oncol 1 (28) 119-142

Hong CH et al (2010) A systematic review of dental disease in patients undergoing cancer therapy.Support Care Cancer 18:1007–1021

Imai PH, Yu X, MacDonald D. (2012) Comparison of interdental brush to dental floss for reduction of clinical parameters of periodontal disease. A systematic review.Can J Dent Hygiene 12;46(1);63-78

Keefe DM, Schubert MM, Elting LS et al (2007) Mucositis Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer. Mar 1;109(5):820-31.

Kostler, W.J., Hejna, M., Wenzel et al (2011) Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. Cancer Journal for Cinicians (51): 290-315

Lalla RV, Bowen J, Barasch A et al (2014) Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer. 15;120(10):1453-61.

Li, E. & Tovato (2012) New developments in the management of oral mucositis in patients with head and neck cancer or receiving targeted anticancer therapies. AM J Health Syst Pharm 69(12) 1031-1037

McCormack HM, Horne DJD, Sheather S (1988) Clinical applications of visual analog scales - a criticla review Psychol Med 18: 1007-1019

McGuire DB, Peterson DE, Muller S, Owen DC, Slemmons MF, Schubert MM (2002) The 20 item oral mucositis index: reliability and validity in bone marrow and stem cell transplant patients Cancer Invest 20: 893-903

McGuire DB, Fulton JS, Park J, et al (2013) Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. Support Care Cancer. Nov;21(11):3165-77.

Moore, S, Banerjee, A et al (2017) The role of the general dental practitioner in managing oral care in head and neck oncology patients. Dental Update.

Newbrun E (2001) Topical fluorides in caries prevention and management: a North American perspective. J Dent Educ 65(10):1078-1083.

Peterson DE, Boers-Doets CB, Bensadoun RJ & Herrstedt J (2015) Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v139–v151, 2015.

Poklepovic T, Worthington HV, Johnson TM, Sambunjak D, Imai P, Clarkson JE, et al (2013). Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. The Cochrane database of systematic reviews. 12.

Poyato-Ferrera M, Segura-Egea JJ, Bullon-Fernandez P (2003) Comparison of modified Bass technique with normal toothbrushing practices for efficacy in supragingival plaque removal. International Jorunal of Dental Hygiene 1(2):110-4.

Quinn, B et al (2020) UK Oral Mucositis in Cancer (UKOMiC) Guidelines, Third Edition

Quinn, B., Botti, S., Kurstjens, M. et al (2016) European Oral Care in Cancer Group: oral care guidnace and support: First edition.

Quinn, B. (2013) Efficacy of a supersaturated calcium phosphate oral rinse for the prevention and treatment of oral mucositis in patients receiving high-dose cancer therapy: a review of current data. European Journal of Cancer. 22(5): 564-579

Quinn B, Potting CMJ, Stone R, Blijlevens NMA, Fliedner M, Margulies A, Sharp L (2008) Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients European Journal of Cancer 44: 61-72

Rose-Ped AM, Bellm LA, Epstein JB, Trotti A, Gwede C, Fuchs HJ (2002) Complications of radiation therapy for head and neck cancers. The patient's perspective Cancer Nursing 25: 461-467

Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T et al (2011) Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. Cochrane Database Syst Rev 12.

Sengeløv et al (2019) Less mucositis toxicity after 6 versus 3 fractions of high-dose total body irradiation before allogeneic stem cell transplantation Springer Nature - https://www.nature.com/articles/s41409-019-0470-z

Shorrer, M.C., Woo, S.B. & Treister, N. S. (2014) Oral Graft versus Host Disease. Dent Clin North Am. 58(2) 351-368

Slot DE, Dorfer CE, Van der Weijden GA (2008) The efficacy of interdental brushes on plaque and parameters of periodontal inflammation: a systematic review. International journal of dental hygiene. 6(4):253-64.

Sonis ST, Eilers JP, Epstein JB, et al (1999) Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy. Mucositis Study Group Cancer 85: 2103-2113

Sonis ST, Elting LS, Keefe D, et al (2004) Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients Cancer 100: 1995-2025.

Sonis ST (2004) Oral mucositis in cancer therapy J Support Oncol 2: 3-8

Treister, N.S., Cook, E.F., Antin, J. et al (2008) Clinical evaluation of oral chronic graft versus host disease. Biol Blood Marrow Transplant. 14: 110-115

Trotti A, Bellm LA, Epstein JB et al (2003) Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: a systematic literature review Radiotherapy and Oncology 66: 253-262

Walladbegi et al (2019) Kemoterapi-induceret oral mukosit, Aktuel Nordisk Odontologi01 / 2019 (Volum 44): 75-89. https://www.idunn.no/aktuel_nordisk_odontologi/2019/01/kemoterapi-inducerad_oral_mukosit

Watson. M. et al (2011) Palliative Adult Network Guidelines: 3rd edition. West Sussex

World Health O (1979) WHO Handbook for Reporting results of cancer treatment. WHO, Geneva

Detta initiativ fick stöd av ett oberoende bidrag från Colgate-Palmolive AB

Colgate PROFESSIONAL ORAL HEALTH

UKOMiC Secretariat:
Athena Meetings & Events
The Science Park Building 23
Room 23S55
Mereside
Alderley Park
Alderley Edge
Cheshire
SK10 4TG 2FF

www.ukomic.co.uk