



MASCC/ISOO EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR MUCOSITIS SECONDARY TO CANCER THERAPY

SUMMARY

DOCUMENT DATE: 7 NOVEMBER 2014

ORAL MUCOSITIS

RECOMMENDATIONS IN FAVOR OF AN INTERVENTION

(i.e., strong evidence supports effectiveness in the treatment setting listed)

1. The panel *recommends* that 30 minutes of oral cryotherapy be used to prevent oral mucositis in patients receiving bolus 5-Fluorouracil chemotherapy (Level of Evidence II).
2. The panel *recommends* that recombinant human Keratinocyte Growth Factor-1 (KGF-1/palifermin) be used to prevent oral mucositis (at a dose of 60 µg/kg per day for 3 days prior to conditioning treatment and for 3 days post-transplant) in patients receiving high-dose chemotherapy and total body irradiation, followed by autologous stem cell transplantation, for a hematological malignancy (Level of Evidence II).
3. The panel *recommends* that low-level laser therapy (wavelength at 650 nm, power of 40 mW, and each square centimeter treated with the required time to a tissue energy dose of 2 J/cm²) be used to prevent oral mucositis in patients receiving hematopoietic stem cell transplantation conditioned with high-dose chemotherapy, with or without total body irradiation (Level of Evidence II).
4. The panel *recommends* that patient-controlled analgesia with morphine be used to treat pain due to oral mucositis in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation (Level of Evidence II).
5. The panel *recommends* that benzydamine mouthwash be used to prevent oral mucositis in patients with head and neck cancer receiving moderate dose radiation therapy (up to 50 Gy), without concomitant chemotherapy (Level of Evidence I).

ORAL MUCOSITIS

SUGGESTIONS IN FAVOR OF AN INTERVENTION

(i.e., weaker evidence supports effectiveness in the treatment setting listed)

1. The panel *suggests* that oral care protocols be used to prevent oral mucositis in all age groups and across all cancer treatment modalities (Level of Evidence III).
2. The panel *suggests* that oral cryotherapy be used to prevent oral mucositis in patients receiving high-dose melphalan, with or without total body irradiation, as conditioning for hematopoietic stem cell transplantation (Level of Evidence III).
3. The panel *suggests* that low-level laser therapy (wavelength around 632.8 nm) be used to prevent oral mucositis in patients undergoing radiotherapy, without concomitant chemotherapy, for head and neck cancer (Level of Evidence III).
4. The panel *suggests* that transdermal fentanyl may be effective to treat pain due to oral mucositis in patients receiving conventional or high-dose chemotherapy, with or without total body irradiation (Level of Evidence III).
5. The panel *suggests* that 0.2% morphine mouthwash may be effective to treat pain due to oral mucositis in patients receiving chemoradiation for head and neck cancer (Level of Evidence III).
6. The panel *suggests* that 0.5% doxepin mouthwash may be effective to treat pain due to oral mucositis (Level of Evidence IV).
7. The panel *suggests* that systemic zinc supplements administered orally may be of benefit to prevent oral mucositis in oral cancer patients receiving radiation therapy or chemoradiation (Level of Evidence III).

ORAL MUCOSITIS

RECOMMENDATIONS **AGAINST** AN INTERVENTION

(i.e., strong evidence indicates lack of effectiveness in the treatment setting listed)

1. The panel *recommends* that PTA (polymyxin, tobramycin, amphotericin B) and BCoG (bacitracin, clotrimazole, gentamicin) antimicrobial lozenges and PTA paste not be used to prevent oral mucositis in patients receiving radiation therapy for head and cancer (Level of evidence II).
2. The panel *recommends* that iseganan antimicrobial mouthwash not be used to prevent oral mucositis in patients receiving high dose chemotherapy, with or without total body irradiation, for hematopoietic stem cell transplantation (Level of Evidence II), or in patients receiving radiation therapy or concomitant chemoradiation for head and neck cancer (Level of Evidence II).
3. The panel *recommends* that sucralfate mouthwash not be used to prevent oral mucositis in patients receiving chemotherapy for cancer (Level of Evidence I), or in patients receiving radiation therapy (Level of Evidence I) or concomitant chemoradiation (Level of Evidence II) for head and neck cancer.
4. The panel *recommends* that sucralfate mouthwash not be used to treat oral mucositis in patients receiving chemotherapy for cancer (Level of Evidence I), or in patients receiving radiation therapy (Level of Evidence II) for head and neck cancer.
5. The panel *recommends* that intravenous glutamine not be used to prevent oral mucositis in patients receiving high dose chemotherapy, with or without total body irradiation, for hematopoietic stem cell transplantation (Level of Evidence II).

ORAL MUCOSITIS

SUGGESTIONS AGAINST AN INTERVENTION

(i.e., weaker evidence indicates lack of effectiveness in the treatment setting listed)

1. The panel *suggests* that chlorhexidine mouthwash not be used to prevent oral mucositis in patients receiving radiation therapy for head and neck cancer (Level of Evidence III).
2. The panel *suggests* that granulocyte macrophage colony-stimulating factor (GM-CSF) mouthwash not be used to prevent oral mucositis in patients receiving high-dose chemotherapy, for autologous or allogeneic stem cell transplantation (Level of Evidence II).
3. The panel *suggests* that misoprostol mouthwash not be used to prevent oral mucositis in patients receiving radiation therapy for head and neck cancer (Level of Evidence III).
4. The panel *suggests* that systemic pentoxifylline, administered orally, not be used to prevent oral mucositis in patients undergoing bone marrow transplantation (Level of Evidence III).
5. The panel *suggests* that systemic pilocarpine, administered orally, not be used to prevent oral mucositis in patients receiving radiation therapy for head and neck cancer (Level of evidence III), or in patients receiving high dose chemotherapy, with or without total body irradiation, for hematopoietic stem cell transplantation (Level of Evidence II).

GASTROINTESTINAL MUCOSITIS (other than the oral cavity)

RECOMMENDATIONS IN FAVOR OF AN INTERVENTION

(i.e. strong evidence supports effectiveness in the treatment setting listed)

1. The panel *recommends* that intravenous amifostine be used, at a dose of ≥ 340 mg/m², to prevent radiation proctitis in patients receiving radiation therapy (Level of evidence II).
2. The panel *recommends* that octreotide, at a dose of ≥ 100 μ g subcutaneously twice daily, be used to treat diarrhea induced by standard- or high-dose chemotherapy associated with hematopoietic stem cell transplant, if loperamide is ineffective (Level of evidence II).

GASTROINTESTINAL MUCOSITIS (other than the oral cavity)

SUGGESTIONS IN FAVOR OF AN INTERVENTION

(i.e., weaker evidence supports effectiveness in the treatment setting listed)

1. The panel *suggests* that intravenous amifostine be used to prevent esophagitis induced by concomitant chemotherapy and radiation therapy in patients with non-small-cell lung carcinoma (Level of evidence III).
2. The panel *suggests* that sucralfate enemas be used to treat chronic radiation-induced proctitis in patients with rectal bleeding (Level of evidence III).
3. The panel *suggests* that systemic sulfasalazine, at a dose of 500 mg administered orally twice a day, be used to prevent radiation-induced enteropathy in patients receiving radiation therapy to the pelvis (Level of evidence II).
4. The panel *suggests* that probiotics containing *Lactobacillus* species be used to prevent diarrhea in patients receiving chemotherapy and/or radiation therapy for a pelvic malignancy (Level of evidence III).
5. The panel *suggests* that hyperbaric oxygen be used to treat radiation-induced proctitis in patients receiving radiation therapy for a solid tumor (Level of evidence IV).

GASTROINTESTINAL MUCOSITIS (other than the oral cavity)

RECOMMENDATIONS AGAINST AN INTERVENTION

(i.e. strong evidence indicates lack of effectiveness in the treatment setting listed)

1. The panel *recommends* that systemic sucralfate, administered orally, not be used to treat gastrointestinal mucositis in patients receiving radiation therapy for a solid tumor (Level of evidence I).
2. The panel *recommends* that 5-acetyl salicylic acid (ASA), and the related compounds mesalazine and olsalazine, administered orally, not be used to prevent acute radiation-induced diarrhea in patients receiving radiation therapy for a pelvic malignancy (Level of evidence I).
3. The panel *recommends* that misoprostol suppositories not be used to prevent acute radiation-induced proctitis in patients receiving radiation therapy for prostate cancer (Level of evidence I).

GASTROINTESTINAL MUCOSITIS (other than the oral cavity)

SUGGESTIONS **AGAINST** AN INTERVENTION

(i.e., weaker evidence indicates lack of effectiveness in the treatment setting listed)

None.

References for Methodology of the Guidelines Development Process

1. Bowen J, Elad S, Hutchins R, Lalla RV, for the Mucositis Study Group of MASCC/ISOO. Methodology for the MASCC/ISOO Mucositis Guidelines Update. Supportive Care in Cancer. 21(1):303-8, 2013.
2. Elad S, Bowen J, Zadik Y, Lalla RV, for the Mucositis Study Group of MASCC/ISOO. Development of the MASCC/ISOO Mucositis Guidelines: Considerations Underlying the Process. Supportive Care in Cancer. 21(1):309-12, 2013.

Note

These guidelines refer to the use of the listed agents for the specific indication listed, i.e. the prevention or treatment of mucositis, or related symptoms. These guidelines do not apply to the use of the listed agents for other indications. For example, while it is suggested that chlorhexidine mouthwash not be used to prevent oral mucositis in patients receiving radiation therapy for head and neck cancer, clinicians may choose to use this agent for other indications in this or other populations.

Disclaimer

The MASCC/ISOO Mucositis Guidelines are developed to facilitate evidence-based management of mucositis. However, clinicians should also use their own judgment in making treatment decisions for individual patients. The guideline authors and MASCC/ISOO do not guarantee or take responsibility for clinical outcomes in individual patients.

Όλα τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα. Δημοσίευση/προσαρμογή αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών σε οποιαδήποτε μορφή απαιτεί πρωτίτερα την άδεια του MASCC/ISOO Mucositis Study Group.

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΟΥ MASCC/ISOO ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΤΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΩΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΟΥ: 7 Νοεμβρίου 2014

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΥΠΕΡ ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (δηλ. ισχυρή απόδειξη υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα στην ακόλουθη λίστα θεραπειών)

1. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* να χρησιμοποιούνται 30 λεπτά κρυοθεραπείας για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν bolus χημειοθεραπεία με 5-Φθοριουρακίλη (Επίπεδο Αποδείξεως II).

2. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* να χρησιμοποιείται ο ανασυνδυασμένος, ανθρώπινος Αυξητικός Παράγοντας Κερατινοκυττάρων-1 (KGF-1/παλιφερμίνη) για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος (σε δόση 60μg/kg την ημέρα για 3 ημέρες πριν τη θεραπεία προετοιμασίας και για 3 ημέρες μετά τη μεταμόσχευση) σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλή δόση χημειοθεραπείας και ολική ακτινοβολία σώματος, ακολουθούμενη από αυτόλογη μεταμόσχευση αρχέγονων κυττάρων, για αιματολογική κακοήθεια (Επίπεδο Αποδείξεως II).

3. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* να χρησιμοποιείται η θεραπεία με laser χαμηλής-στάθμης (μήκος κύματος στα 650nm, ισχύς των 40mW και κάθε τετραγωνικό εκατοστό να αντιμετωπίζεται με τον απαιτούμενο χρόνο ώστε η δόση ενέργειας στον ιστό να είναι 2 J/cm²), για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων και προετοιμάζονται με υψηλής δόσης χημειοθεραπεία, με ή χωρίς ολική ακτινοβολία σώματος (Επίπεδο Αποδείξεως II).

4. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* να χρησιμοποιείται η από τον ασθενή ελεγχόμενη αναλγησία με μορφίνη για να αντιμετωπίζεται ο πόνος που οφείλεται στη βλεννογονίτιδα στόματος σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (Επίπεδο Αποδείξεως II).

Όλα τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα. Δημοσίευση/προσαρμογή αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών σε οποιαδήποτε μορφή απαιτεί πρωτίτερα την άδεια του MASCC/ISOO Mucositis Study Group.

5. Η ομάδα των ειδικών *προσφέρει* να χρησιμοποιείται το στοματικό διάλυμα βενζιδαμίνης για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που λαμβάνουν μέτρια δόση ακτινοθεραπείας (έως 50Gy), χωρίς σύγχρονη χημειοθεραπεία (Επίπεδο Αποδείξεως I).

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ **ΥΠΕΡ** ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (δηλ. πιο αδύναμη απόδειξη υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα στην ακόλουθη λίστα θεραπειών)

1. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* να χρησιμοποιούνται πρωτόκολλα στοματικής φροντίδας για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα στόματος σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και σε όλες τα είδη θεραπείας καρκίνου (Επίπεδο Αποδείξεως III).

2. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* να χρησιμοποιείται η κρυοθεραπεία στόματος για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλή δόση μελφαλάνης, με ή χωρίς ολική ακτινοβόληση σώματος, ως προετοιμασία για μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (Επίπεδο Αποδείξεως III).

3. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* να χρησιμοποιείται η θεραπεία με laser χαμηλής στάθμης (μήκος κύματος γύρω στα 632,8 nm) για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, χωρίς σύγχρονη χημειοθεραπεία, για καρκίνο κεφαλής-τραχήλου (Επίπεδο Αποδείξεως III).

4. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* ότι η διαδερμική φεντανύλη μπορεί να είναι αποτελεσματική να αντιμετωπίσει τον πόνο που οφείλεται στη βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν συμβατική ή υψηλής-δόσης χημειοθεραπεία, με ή χωρίς ολική ακτινοβόληση σώματος (Επίπεδο Αποδείξεως III).

5. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* ότι το στοματικό διάλυμα μορφίνης 0,2% μπορεί να είναι αποτελεσματικό να αντιμετωπίσει τον πόνο που οφείλεται στη βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής-τραχήλου (Επίπεδο Αποδείξεως III).

6. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* ότι το στοματικό διάλυμα δοξεπίνης 0,5% μπορεί να είναι αποτελεσματικό να αντιμετωπίσει τον πόνο που οφείλεται στη βλεννογονίτιδα του στόματος (Επίπεδο Αποδείξεως IV). Όλα τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα. Δημοσίευση/προσαρμογή αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών σε οποιαδήποτε μορφή απαιτεί πρωτότερα την άδεια του MASCC/ISOO Mucositis Study Group.

7. Η ομάδα των ειδικών προτείνει ότι τα συμπληρώματα ψευδαργύρου που χορηγούνται συστηματικά, από του στόματος μπορεί να ευνοούν την πρόληψη της βλεννογονίτιδας του στόματος σε ασθενείς με καρκίνο στόματος που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία ή χημειοακτινοθεραπεία (Επίπεδο Αποδείξεως ΙΙΙ).

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ **ENANTIION** ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (δηλ. ισχυρή απόδειξη υποδεικνύει έλλειψη αποτελεσματικότητας στην ακόλουθη λίστα θεραπειών).

1. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* οι αντιμικροβιακές παστίλιες ΡΤΑ (πολυμυξίνη, τομπραμυκίνη, αμφοτερικίνη Β) και ΒCoG (βακίτρακίνη, κλοτριμαζόλη, γενταμυκίνη) και η πάστα ΡΤΑ να μην χρησιμοποιούνται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής-τραχήλου (Επίπεδο Αποδείξεως ΙΙ).

2. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* το αντιμικροβιακό στοματικό διάλυμα isegapan να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλής δόσης χημειοθεραπεία, με ή χωρίς ολική ακτινοβολήση σώματος, για μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (Επίπεδο Αποδείξεως ΙΙ), ή σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία ή σύγχρονη χημειοακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής τραχήλου (Επίπεδο Αποδείξεως ΙΙ).

3. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* το στοματικό διάλυμα σουκραλφάτης να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία για καρκίνο (Επίπεδο Αποδείξεως Ι), ή σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία (Επίπεδο Αποδείξεως Ι) ή σύγχρονη χημειοακτινοθεραπεία (Επίπεδο Αποδείξεως Ι) για καρκίνο κεφαλής τραχήλου.

4. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* το στοματικό διάλυμα σουκραλφάτης να μην χρησιμοποιείται για να αντιμετωπιστεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία για καρκίνο (Επίπεδο Αποδείξεως Ι), ή σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία (Επίπεδο Αποδείξεως ΙΙ) για καρκίνο κεφαλής τραχήλου.

5. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* η ενδοφλέβια γλουταμίνη να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς

Όλα τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα. Δημοσίευση/προσαρμογή αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών σε οποιαδήποτε μορφή απαιτεί πρωτίτερα την άδεια του MASCC/ISOO Mucositis Study Group.

που λαμβάνουν υψηλής δόσης χημειοθεραπεία, με ή χωρίς ολική ακτινοβολήση σώματος, για μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (Επίπεδο Αποδείξεως II).

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ENANTIION ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (δηλ. πιο αδύναμη απόδειξη υποδηλώνει έλλειψη αποτελεσματικότητας στην ακόλουθη λίστα θεραπειών)

1. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* το στοματικό διάλυμα χλωρεξιδίνης να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής τραχήλου (Επίπεδο Αποδείξεως III).

2. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* το στοματικό διάλυμα του παράγοντα διέγερσης αποικιών κοκκιοκυττάρων μακροφάγων (GM-CSF) να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλής δόσης χημειοθεραπεία, για αυτόλογη ή αλλογενή μεταμόσχευση αρχέγονων κυττάρων (Επίπεδο Αποδείξεως II).

3. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* το στοματικό διάλυμα μισοπροστόλης να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής τραχήλου (Επίπεδο Αποδείξεως III).

4. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* η πεντοξυφυλλίνη, που χορηγείται συστηματικά, από του στόματος, να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση μυελού των οστών (Επίπεδο Αποδείξεως III).

5. Η ομάδα των ειδικών *προτείνει* η πιλοκαρπίνη, που χορηγείται, συστηματικά, από του στόματος, να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής τραχήλου (Επίπεδο Αποδείξεως III), ή σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλής δόσης χημειοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής τραχήλου, με ή χωρίς ολική ακτινοβολήση σώματος, για μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (Επίπεδο Αποδείξεως II).

Όλα τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα. Δημοσίευση/προσαρμογή αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών σε οποιαδήποτε μορφή απαιτεί πρωτότερα την άδεια του MASCC/ISOO Mucositis Study Group.

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (εκτός από τη στοματική κοιλότητα)
ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΥΠΕΡ ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (δηλ. ισχυρή απόδειξη υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα στην ακόλουθη λίστα θεραπειών)

1. Η ομάδα *συστήνει* η ενδοφλέβια αμφοστίνη να χρησιμοποιείται, σε δόση $\geq 340\text{mg/m}^2$, για να προληφθεί η πρωκτίτιδα από ακτινοβολία σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία (Επίπεδο Αποδείξεως II).

2. Η ομάδα *συστήνει* να χρησιμοποιείται η οκτρεοτίδη, σε δόση $\geq 100\mu\text{g}$ υποδορίως δύο φορές την ημέρα, για να αντιμετωπιστεί η διάρροια που προκαλείται από τη συνήθη ή υψηλής δόσης χημειοθεραπεία που σχετίζεται με μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, εάν η λοπεραμίδη είναι αναποτελεσματική (Επίπεδο Αποδείξεως II).

Όλα τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα. Δημοσίευση/προσαρμογή αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών σε οποιαδήποτε μορφή απαιτεί πρωτότερα την άδεια του MASCC/ISOO Mucositis Study Group.

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (εκτός από τη στοματική κοιλότητα)
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΥΠΕΡ ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (δηλ. πιο αδύναμη απόδειξη υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα στην ακόλουθη λίστα θεραπειών)

1. Η ομάδα *προτείνει* η ενδοφλέβια αμιφοστίνη να χρησιμοποιείται για να προληφθεί η οισοφαγίτιδα που προκαλείται από σύγχρονη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (Επίπεδο Αποδείξεως III).
2. Η ομάδα *προτείνει* τα κλύσματα σουκραλφάτης να χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστεί η χρόνια πρωκτίτιδα προκαλούμενη από ακτινοβολία σε ασθενείς με πρωκτική αιμορραγία (Επίπεδο Αποδείξεως III).
3. Η ομάδα *προτείνει* η συστηματική χορήγηση σουλφασαλαζίνης, σε δόση των 500mg, χορηγούμενη από του στόματος, δύο φορές την ημέρα, να χρησιμοποιείται για να προληφθεί η προκαλούμενη από ακτινοβολία εντεροπάθεια σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία στην πύελο (Επίπεδο Αποδείξεως II).
4. Η ομάδα *προτείνει* τα προβιοτικά που περιέχουν είδη Λακτοβάκιλλου να χρησιμοποιούνται για να προληφθεί η διάρροια σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία και/ή ακτινοθεραπεία για κακοήθεια της πύελου (Επίπεδο Αποδείξεως III).
5. Η ομάδα *προτείνει* το υπερβαρικό οξυγόνο να χρησιμοποιείται για να αντιμετωπιστεί η προκαλούμενη από ακτινοβολία πρωκτίτιδα σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για συμπαγή όγκο (Επίπεδο Αποδείξεως IV).

Όλα τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα. Δημοσίευση/προσαρμογή αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών σε οποιαδήποτε μορφή απαιτεί πρωτύτερα την άδεια του MASCC/ISOO Mucositis Study Group.

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (εκτός από τη στοματική κοιλότητα)
ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ENANTIION ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (δηλ. ισχυρή απόδειξη υποδηλώνει έλλειψη αποτελεσματικότητας στην ακόλουθη λίστα θεραπειών)

1. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* η συστηματική σουκραλφάτη, που χορηγείται από του στόματος, να μην χρησιμοποιείται για να αντιμετωπιστεί η βλεννογονίτιδα του γαστρεντερικού σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για συμπαγή όγκο (Επίπεδο Αποδείξεως I).

2. Η ομάδα των ειδικών *συστήνει* το 5-ακετυλο σαλικυλικό οξύ (ASA) και τα σχετιζόμενα παράγωγα μεσαλαζίνη και ολσαλαζίνη, που χορηγούνται από του στόματος, να μην χρησιμοποιούνται για να προληφθεί η προκαλούμενη από ακτινοβολία οξεία διάρροια σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για κακοήθεια της πυέλου (Επίπεδο Αποδείξεως I).

3. Η ομάδα *συστήνει* τα υπόθετα μισοπροστόλης να μην χρησιμοποιούνται για να προληφθεί η προκαλούμενη από ακτινοβολία οξεία πρωκτίτιδα σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για καρκίνο προστάτη (Επίπεδο Αποδείξεως I).

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (εκτός από τη στοματική κοιλότητα)
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ENANTIION ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (δηλ. πιο αδύναμη απόδειξη υποδηλώνει έλλειψη αποτελεσματικότητας στην ακόλουθη λίστα θεραπειών)

Καμία. Όλα τα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα. Δημοσίευση/προσαρμογή αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών σε οποιαδήποτε μορφή απαιτεί πρωτότερα την άδεια του MASCC/ISOO Mucositis Study Group.

Αναφορές για τη Μεθοδολογία της Διαδικασίας Ανάπτυξης των Κατευθυντήριων Οδηγιών

1. Bowen J, Elad S, Hutchins R, Lalla RV, for the Mucositis Study Group of MASCC/ISOO, Methodology for the MASCC/ISOO Mucositis Guidelines Update. *Supportive Care in Cancer*. 21(1): 303-8, 2013.

2. Elad S, Bowen J, Zadik Y, Lalla RV, for the Mucositis Study Group of MASCC/ISOO. Development of the MASCC/ISOO Mucositis Guidelines: Considerations Underlying the Process. *Supportive Care in Cancer*. 21(1):309-12, 2013.

Σημείωση

Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρονται στη χρήση των παρατιθέμενων παραγόντων για την αναφερόμενη ειδική ένδειξη, δηλ. την πρόληψη ή αντιμετώπιση της βλεννογονίτιδας, ή των σχετιζόμενων συμπτωμάτων. Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν ισχύουν για τη χρήση των παρατιθέμενων παραγόντων για άλλες ενδείξεις. Για παράδειγμα, ενώ προτείνεται το στοματικό διάλυμα χλωρεξιδίνης να μην χρησιμοποιείται για να προληφθεί η βλεννογονίτιδα του στόματος σε ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής τραχήλου, οι κλινικοί μπορεί να επιλέξουν αυτόν τον παράγοντα για άλλες ενδείξεις σε αυτόν ή άλλους πληθυσμούς.

Άρνηση/Αποκήρυξη

Οι κατευθυντήριες οδηγίες από το MASCC/ISOO αναπτύσσονται για να διευκολύνουν τη διαχείριση της βλεννογονίτιδας με βάση αποδείξεις. Ωστόσο, οι κλινικοί θα πρέπει να χρησιμοποιούν και την δική τους κρίση στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων εξατομικευμένα για ασθενείς. Οι συγγραφείς των κατευθυντήριων οδηγιών και το MASCC/ISOO δεν εγγυώνται ή αναλαμβάνουν την ευθύνη για την κλινική έκβαση εξατομικευμένα σε ασθενείς.