

Pielęgnacja skóry w czasie i po chemioterapii, wybranymi lekami stosowanymi w terapiach przeciwnowotworowych

Skin care during and after chemotherapy, selected drugs used in anticancer therapies

Mirosława Demska, Beata Maćkowiak-Matejczyk
Oddział Ginekologii Onkologicznej, Białostockie Centrum Onkologii
Adres do korespondencji: ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok, tel. 85 6646732

STRESZCZENIE

W trakcie stosowania chemioterapii może dojść do objawów ubocznych ze strony skóry, pod postacią zespołu ręka–stopa. Objawy o różnym nasileniu, od mrowienia, pieczenia aż do wystąpienia pęcherzy a nawet martwicy skóry powodują dyskomfort i obniżenie jakości życia chorego. Mogą one być również przyczyną redukcji dawek cytostatyków, odroczenia chemioterapii a czasami jej przerwania. Właściwa profilaktyka i pielęgnacja skóry w trakcie chemioterapii ma na celu poprawę komfortu życia chorego.

Słowa kluczowe: chemioterapia, zespół ręka–stopa, pielęgnacja skóry, resweratrol

ABSTRACT

During chemotherapy may cause side effects involving the skin, in the form of the syndrome of hand–foot. The symptoms of varying severity, from tingling, burning, until the occurrence of blisters and even skin necrosis cause discomfort and reduce the quality of life of the patient. They can also be the cause of dose reduction cytostatics, defer chemotherapy and sometimes its discontinuation. Proper prevention and skin care during chemotherapy aims to improve the quality of life of the patient.

Key words: chemotherapy, hand–foot syndrome, skin care, resweratrol

Zespół ręka–stopa (ang. hand–foot syndrome, HFS), zwany też zespołem erytrodyzestezji dłoniowo–podeszwowej (ang. palmar–plantar erythrodysesthesia, PPE), wywołują leki antyangiogenne, takie jak m.in. sorafenib, sunitinib i pazopanib [1–7], oraz leki cytotoksyczne takie jak np. pegylowana liposomalna doxorubicyna (PLD), 5-fluorouracyl, capecytabina, cytarabina, winorelbina, interleukina w wysokich dawkach, gemcytabina, docetaxel, paclitaxel [8, 9, 10].

Przebieg zespołu HFS różni się od siebie w zależności od tego, jakie preparaty onkologiczne zostały zastosowane w terapii. W czasie podawania leków antyangiogennych zmiany skórne powstają głównie w okolicach narażonych na ucisk lub tarcie (pięty, boczne powierzchnie stóp, głowy, kości śródstopia i stawy śródrečno–paliczkowe). W tych miejscach powstaje nadmierne rogowacenie, któremu często towarzyszy rumień w kształcie pierścienia oraz stany zapalne [11, 12, 13].

Przy stosowaniu klasycznych leków cytotoksycznych, objawy HFS występują nie tylko w miejscach narażonych na ucisk. Nadmierne rogowacenie

jest poprzedzone zmianami o charakterze zapalnym z rumieniem i złuszczeniem [14, 15].

Klasyczny zespół HFS rozpoczyna się często od objawów prodromalnych: zmian rumieniowych, drętwienia, mrowienia, przeczulicy, swędzenia, suchości skóry, obrzęku [11]. Objawy te, początkowo łagodne, nie ograniczają pacjentom wykonywania normalnych czynności w życiu codziennym. Zespół HFS może rozpoczynać się, w zależności od programów leczenia, już po 2–12 dniach lub 2–3 tygodniach od podania chemioterapii. Brak odpowiedniej pielęgnacji może doprowadzić do nasilenia objawów i pojawienia się bolesnego obrzęku na dłoni i podeszwowej powierzchni stóp, czasami pod pachami, w okolicy pachwin, krocza i fałdach skórnych pod piersiami, pęcherzy, złuszczenia skóry, owrzodzeń, a w skrajnych przypadkach martwicy. Powoduje to ból i często uniemożliwia pacjentowi wykonywanie pracy i czynności życia codziennego, co w sposób znaczny wpływa negatywnie na jakość życia. Objawy te utrzymują się przez okres 3–4 tygodni i na ich zakończenie ma wpływ podjęcie szybkiego i prawidłowego postępowania leczniczego.



W zapobieganiu powstania zespołu HFS bardzo ważne jest postępowanie profilaktyczne. Przed rozpoczęciem planowanej terapii przeciwnowotworowej zalecane jest usunięcie miejsc nadmiernego rogowacenia za pomocą środków keratolitycznych (maści z 10–50% mocznika, 2–5% kwasu salicylowego) lub sposobem mechanicznym (pedicure).

W pielęgnacji skóry z zespołem HFS zaleca się:

- miejscowe stosowanie kremów nawilżająco-natłuszczających, zapobiegających wysuszeniu, pękaniu i rogowaceniu skóry,
- używanie kremów zmiękczających skórę,
- stosowanie kremów kojąco-łagodzących na podrażnioną skórę,
- stosowanie żelowych wkładek ortopedycznych,
- noszenie luźnych, przewiewnych ubrań z włókien naturalnych,
- używanie miękkiego, wygodnego obuwia, co zapobiega otarciom i urazom,
- unikanie pozostawiania w pozycji stojącej przez dłuższy czas,
- stosowanie zimnych okładów na dłoń i stopy w czasie podawania cytostatyków powodujących HFS,
- ograniczanie mycia rąk i stóp w gorącej wodzie,
- branie chłodnych pryszniców,
- chłodzenie dłoni i stóp okładami z lodem, zimnymi kompresami lub chłodną bieżącą wodą przez 15 do 20 minut jednorazowo (należy unikać stosowania lodu bezpośrednio na skórę),
- unikanie narażenia na działanie źródeł ciepła, w tym sauny, słońca,
- unikanie czynności, które powodują niepotrzebne tarcia na dłoniach lub stopach w ciągu pierwszych sześciu tygodni leczenia (np. krzy-

Tabela 1. Nasilenie erytrodyzestezji dłoniowo-podeszwowej (wg Common Toxicity Criteria for Adverse Events, wersja 4)

Stopień nasilenia	Objawy
1.	Minimalne zmiany skórne lub zapalenie skóry (np. rumień, bezbolesny obrzęk, nadmierne rogowacenie, drętwienie, mrowienie, uczucie pieczenia lub klucia,) bez dolegliwości bólowych. Żaden w tych objawów nie utrudnia pacjentom wykonywanie normalnych czynności w życiu codziennym
2.	Zmiany skórne (np. łuszczenie się, pęcherze, krwawienie, bolesne zaczerwienienia, obrzęk lub nadmierne rogowacenie) wywołujące ból, ograniczającą wykonywanie złożonych czynności życia codziennego
3.	Poważne zmiany skórne (np. łuszczenie się, pęcherze, krwawienie, obrzęk lub nadmierne rogowacenie, otwarte owrzodzenia skóry) wywołujące ból, ograniczającą wykonywanie codziennych czynności

zowanie nóg, opieranie się na łokciach, robienie na drutach czy szydełku, gra na instrumentach klawiszowych, pisanie na klawiaturze, bieganie, aerobik, sporty),

- unikanie kontaktu z agresywnymi środkami chemicznymi wykorzystywanymi w detergentach do prania lub środkach czystości,
- unikanie korzystania z narzędzi i przedmiotów gospodarstwa domowego, które wymagają naciśnięcia ręką, (np. narzędzia ogrodnicze, noże i śrubokręty),
- nie noszenie pierścionków i obrączek (mogą być źródłem bakterii, jak również bakterie mogą zostać uwięzione między pierścieniem a palcem i spowodować infekcję).

Nasilenie zespołu ręka–stopa może się różnić w zależności od osoby, nawet wśród osób przyjmujących ten sam lek w tej samej postaci raka. Leczenie zespołu HFS zależy od stopnia nasilenia objawów. W pierwszym stopniu zaleca się stosowanie kremów nawilżająco-natłuszczających, zawierających mocznik, oraz stosowanie się do zaleceń pielęgnacyjnych jak w postępowaniu profilaktycznym. W drugim stopniu nasilenia objawów zespołu HFS utrzymuje się zalecenia takie jak w pierwszym stopniu, oraz należy wprowadzić dodatkowo miejscowe stosowanie kortykosteroidów i włączenie leków przeciwbólowych. W trzecim stopniu nasilenia objawów zespołu HFS stosuje się leczenie objawowe i miejscowe jak w drugim stopniu oraz zaleca się postępowanie antyseptyczne wobec pęcherzy i nadżerek.

W drugim i trzecim stopniu nasilenia objawów HFS, zaleca się tymczasowe odroczenie, obniżenie dawki leków, a w skrajnych przypadkach zakończenie chemioterapii.

W naszym Ośrodku od kilku miesięcy stosowany jest polski, specjalistyczny krem do pielęgnacji skóry suchej i wrażliwej pod nazwą CHEMODRY B6. Wydaje się, że korzystne byłoby przygotowanie skóry pacjenta za pomocą kremów nawilżająco-natłuszczających przed planowaną chemioterapią. Krem ten zalecamy jest od pierwszego dnia leczenia osobom otrzymującym chemioterapię potencjalnie wywołującą zespół ręka–stopa. Zauważyliśmy, że doskonale nawilża i natłuszcza skórę, poprawia jej kondycję oraz zapobiega wysuszeniu. Głęboko natłuszcza

ChemoDry B6 krem

Specjalistyczny krem do pielęgnacji skóry suchej i wrażliwej, znajdujący szerokie zastosowanie w praktyce klinicznej.

Krem zalecany dla osób otrzymujących chemioterapię, potencjalnie wywołującą zespół ręka – stopa, od pierwszego dnia leczenia. Głęboko nawilża, natłuszcza dzięki oliwce z oliwek i masłu shea, poprawia kondycję skóry. Alantoina i pantenol działają przeciwzapalnie. Mocznik, kwas hialuronowy, pantenol, skwalen i wit. E działają nawilżająco. Koenzym Q10, wit. E i resweratrol usuwają wolne rodniki. Mocznik zmiękcza również warstwę rogową skóry.

Krem przebadany dermatologicznie, nie stwierdzono działania drażniącego i alergizującego. Europejski certyfikat CPNP1518928

Skład: Aqua, Olive oil, Caprylic/Capric Triglycerides, Cetearyl olivate/Sorbitan olivate, Urea, Butyrospermum Parkii, Methyl Glucose Sesquistearate, Panthenol, Tocopherol acetate, Sodium hyaluronate, Squalene, Allantoin, PCA glyceryl oleate, Pyridoxine HCl, Ubiquinone, Benzyl Alcohol, Methylchloroisothiazolinone, Methylisothiazolinone, Sodium citrate.

A specialist hydrating and lubricating cream for dry and sensitive skin

Aurea Pharma S.C.

Producent: AUREA PHARMA s.c.
www.aureapharma.eu • www.chemodry.eu
dodatkowe informacje i zamówienia: tel. +48 607696440; e-mail: grzegorz@aureapharma.eu

(oliwa z oliwek, masło shea). Alantoina i pantenol zawarte w kremie działają przeciwzapalnie. Mocznik, kwas hialuronowy, panthenol, skwalen i witamina E działają nawilżająco. Witamina E i resweratrol usuwają wolne rodniki, działając antyoksydacyjnie. Mocznik działa również keratoplastycznie (zmiękcza warstwę rogową). U pacjentek, które stosują krem CHEMODRY B6 zauważamy, że rzadziej dochodzi do rozwinięcia się drugiego stopnia nasilania objawów zespołu HFS.

U chorych, u których rozpoczęto stosowanie kremu CHEMODRY B6 w trakcie rozwiniętego już zespołu, stwierdzono znaczne złagodzenie pieczenia, świądu, suchości skóry. Krem CHEMODRY B6 może być wykorzystany zarówno jako preparat kondycjonujący skórę przed włączeniem chemioterapii, w pielęgnacji skóry jak i w łagodzeniu niekorzystnych objawów terapii powodujących zespół HFS.

Piśmiennictwo

1. Blumenschein G.R., Gatzemeier Jr., Fossella F. i wsp.: Phase II, multicenter, uncoltralled trial of single-agent sorafenib in patients with relapsed or refractory, advanced non small-cell lung cancer. *J. Clin.Oncol.* 2009; 27: 4274–4280.
2. Cheng A.L., Kang Y.K. Chen Z. i wsp. Efficacy and safety of sorafenib in patients in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: a phase III randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Oncol.* 2009; 10: 25–34.
3. Escudier B., Eisen T., Stadler W.M. i wsp.: Sorafenib for treatment of renal cell carcinoma: Final efficacy and safety results of the phase III treatment approaches in renal cancer global evaluation trial., *J. Clin.Oncol.* 2009; 27: 3312–3318.
4. llovet J.M., Di Besceglie A.M., Bruix J. i wsp.: Design of endpoints of clinical trial in hepatocellular carcinoma. *J. Natl. Cancer inst.* 2008; 100: 698–711.
5. Ratain M.J., Eisen T., Stadler W.M. i wsp.: Phase II placebocontrolled randomized discontinuation trial of sorafenib in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 2505–2512.
6. Ryan C.W., Goldman B.H., Lara P.N. Jr. i wsp.: Sorafenib with interferon alfa-2b in first-line treatment of advanced renal carcinoma: a phase II study of the Southwest Oncology Group. *J. Clin. Oncol.* 2007; 25: 3296–3301.
7. Demetri G.D., van Oosterom A.T., Garret C.R. i wsp.: Efficacy and safety of sunitinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumor after failure of imatinib: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368: 1329–1338.
8. von Moos R., Thuerlimann B.J., Aapro M. i wsp.: Pegylated liposomal doxorubicin-associated hand-foot syndrome; recommendations of an international panel of experts. *Eur.J. Cancer* 2008; 44: 781–790.
9. Webster-Gandy J.D., How C., Harrold K.: Palmar-plantar erythrodysesthesia (PPE): a literature review with commentary on experience in a cancer Centre. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2007; 11: 238–246.
10. Autier J., Escudier B., Wechsler J. i wsp.: Prospective study of the cutaneous adverse effects of sorafenib, a novel multikinase inhibitor. *Arch. Dermatol.* 2008; 144: 886–892.
11. Lipworth A.D., Robert C., Zhu A.X.: Hand-foot syndrome (hand-foot skin reaction, palmar-plantar erythrodysesthesia): focus on sorafenib and sunitinib. *Oncology*, 2009; 77: 257–271.
12. Lacouture M.E., Maitland M.L., Sagaert S. i wsp.: A proposed EGFR inhibitor dermatologic adverse event-specific trading scale from the MAASCC skin toxicity study group. *Sup.Care Cancer* 2010; 18: 509–522.
13. Robert C., Mateus C., Spatz A. i wsp.: Dermatologic symptoms associated with the multikinase inhibitor sorafenib. *J Am. Acad. Dermatol.* 2009; 24: 4293–4300.
14. Autier J., Mateus C., Wechsler L. i wsp.: Cutaneous side effects of sorafenib and sunitinib. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2008; 135: 148–153.
15. Lacouture M.E., Reilly L.M., Gerami P. i wsp.: Hand, foot skin reaction in cancer patients treated with multikinase inhibitors sorafenibu and sunitinib. *Ann. Oncol.* 2008; 19: 1955–1961.