



Sammenslutningen af Kræftafdelinger  
Co-operative Cancer Departments

# Hudtoxicitet ved targeteret behandling

Sygeplejevejledning

November 2011



## Sygeplejeoversigt: Hudtoxicitet

### Overordnet formål:

Sygeplejen tager sigte på, at patient og evt. pårørende er så velinformerede og velforbredte som muligt, *da tidlig intervention er nøglen til succesfuld behandling*

### Før behandlingsstart

- Information om behandling/bivirkninger, gerne med billedmateriale
- Vurdering/anamnese vedr. patientens hud, vaner og tidligere erfaringer
- Profylaktiske tiltag:

### Under behandling

- Gradere bivirkninger (iht. CTC 4.0)
- Justere pleje- og behandlingstiltag afhængigt af patientens problemer/behov
- Have fokus på patientens psykosociale situation
- Overordnet set bør hudtoxicitet håndteres, således at dosisreduktion og behandlingsophør undgås
- Tværfagligt fokus på behandlingseffekt sammenholdt med bivirkninger og livskvalitet

### Psykosociale emner

- Hvordan påvirker hudtoxicitet patientens hverdag?
  - Arbejde
  - Familie
  - Socialt liv
  - Seksualitet
- Hvordan er patienten besværet af hudtoxicitet?
  - ADL påvirkning
  - Body - image
  - Depression?
  - Selvvalgt isolation?

<b>Generelt</b>	Daglig vask med mild sæbe uden parfume. Undgå lange bade samt bade i meget varmt eller koldt vand. Negle holdes kortklippede, særligt kanter tæt på huden Anvend gummihandsker ved alt vådt arbejde Solcreme med min. faktor 15. Undgå mest mulig soleksponering og anvend løstsiddende tøj samt solhat.
<b>Definition</b>	<b>Hårændringer</b> Ses hos 5-10% Varierende hvornår det opstår, oftest mellem 7-10 uger efter opstart
<b>Symptomer</b>	Ændring i behåring samt vækst- og hårtæthed Alopeci Hypertrikose (øget behåring) Langsommere hårvækst, både hovedhår og skægvekst Farveændring Hovedhår kan blive mere skørt, krøllet eller stift. Trichomegali (øjenvipper kan vokse betydeligt) Øjenbryn kan blive stive. <sup>2,10</sup>
<b>Forebyggelse</b>	Ingen forebyggelse
<b>Pleje</b>	Information til patienten om risiko for hårændring Observation af ændringer Observation af påvirkning af ADL, instrumentel og personlig Henvisning til parykmager Vejledning til klipning af vipper (oftest hos frisør) Hårfjerning
<b>Definition</b>	<b>Negleforandringer</b> Fissurer og revner i neglefolder/-lejer Pitting (fingerbølspråk) Misfarvning Nedgroede negle Negleløsning (onycholyse) Porøse negle Paranychion Incidensen for negleforandringer er 10-16% Incidens for paranychier er 12-58% Opstår oftest 1-2 måneder efter beh. start I særligt alvorlige tilfælde kan paranychion lede til abcesser og pyogene granulomer <sup>2,4,14</sup>
<b>Symptomer</b>	Fissurer: Revner, tørhed, infektionstegn, rødme, hævelse, ømhed og varme Paranychion: Opstår oftest ved storetæer og tommelfingre Første tegn på paranychion er rødme, varme, hævelse eller smerter Våd eller tør sår dannelse
<b>Forebyggelse</b>	Observation af neglestatus før behandlingsstart Omhyggelig hudpleje med hudplejemidler Kompliance ift. pro-aktiv behandling Anvende gummihandsker ved vådt arbejde

	<p>Anbefale at holde negle kortklippede, særligt lateralkant med friktion mod underliggende hud</p> <p>Daglig fodhygiejne, daglig skift af sokker</p> <p>Undgå at sæbebad</p> <p>Rummeligt fodtøj</p> <p>Patienten informeres om, at kontakte behandlingsstedet ved første infektionstegn ved neglen</p> <p>Fodterapeut</p>
<b>Pleje</b>	<p>Observation af instrumentel og personlig ADL</p> <p>Observation af korrekt anvendelse af hudplejeprodukterne</p> <p>Observere fodtøj og fodhygiejne</p> <p>Compeed / flydende plaster på revner</p> <p>Anbefale åbentåede sko og sko, der ikke klemmer</p> <p>Evt. støddæmpende materiale på området</p> <p>Kompliance til antibiotisk behandling og observation af bivirkninger til antibiotisk behandling</p>
<b>Definition</b>	<p><b>Papulo-pustuløst udslæt</b></p> <p>Udslættet beskrives som acneform, men adskiller sig fra acne vulgaris ved ikke at have comedon dannelse (hudorme-dannelse).</p> <p>Udslættet består af inflammerede papelpustler.</p> <p>Desuden er udslættet ledsaget af tør hud og evt. også af smerter og kløe.</p> <p>Optræder hovedsagligt i ansigtet, hårbund, bryst og ryg</p> <p>Incidensen for alle grader af udslæt er 80-90%</p> <p>I op til 20% er reaktionen så alvorlig, at dosis må reduceres, behandlingen midlertidigt suspenderes eller ophøre.</p> <p>Opstår oftest 8-10 dage efter behandlingsstart, senest 3 uger efter Udslættet kan svinde spontant undervejs i behandlingen<sup>2,4,5,14</sup></p>
<b>Symptomer</b>	<p>Tør hud, kløe, smerter</p> <p>Erythem/ødem</p> <p>Inflammatoriske og infektiøse papelpustler</p>
<b>Forebyggelse</b>	<p>Baselinevurdering/anamnese med fokus på patientens hud (allergi, eksem, tør hud, uren hud)</p> <p>Informere om vigtigheden af at undgå at "kradse eller klø", da dette kan være medvirkende til at sprede infektion</p> <p>Klarlægge vaner mht. make-up, hudpleje, soldyrkelse og solbeskyttelse</p> <p>Daglig vask med mild sæbe uden parfume. Undgå lange bade, samt bade i meget varmt eller koldt vand</p> <p>Informere om hyppig brug af hudplejeprodukter med start på behandlingsdagen Det anbefales at anvende en fed uparfumeret creme 1-2 gange dagligt. Observere at patienten ikke anvender produkter målrettet acne-behandling for at imødegå yderligere udtørring af huden</p> <p>Anmodes om at kontakte behandlingsstedet ved første tegn på udslæt og informeres om opstart af antibiotisk behandling, efter given vejledning.</p>
<b>Pleje</b>	<p>Observere forekomst og udbredelse og gradere disse</p> <p>Observere/spørge til, hvordan patienten anvender hudplejeprodukter</p> <p>Observation af psyko-social påvirkning (arbejde, familie, socialt liv, seksualitet, samt body-image, depression, ADL påvirkning og selvvalgt isolation)</p> <p>Kompliance til antibiotisk behandling og observation af bivirkninger.</p>

<b>Definition</b>	<p><b>Xerosis (hudtørhed)</b>  Opstår pga. ændring i hudbarrierefunktionen og forårsager derved et transepidermalt væsketab (TEWL: 'Transepidermal water loss').  Tørheden er generaliseret og ikke specifik for særlige områder.  Kan involvere slimhinder (næse, øjne, vagina og perinealområdet).  Tørheden kan forårsage hudkløe  Pga. tørheden er der risiko for, at huden bliver permeabel for bakterier, med infektion til følge.  Incidensen af hudtørhed er 4-100%, forekommer ofte hos patienter, der tidligere har lidt af atopisk dermatit.  Xerosis opstår efter 1-2 måneder, mens hudkløe allerede kan forekomme efter 2-3 uger efter behandlingsopstart.  Ved behandling med EGFR-hæmmere i &gt; 6 måneder vil alle patienter udvikle xerosis.<sup>2,3,14</sup></p>
<b>Symptomer</b>	<p>Tør hud, kløe, sensibel hud  Udtørring af slimhinder  Smerter  Sekundært: infektioner</p>
<b>Forebyggelse</b>	<p>Daglig vask med mild sæbe uden parfume. Undgå lange bade, samt bade i meget varmt eller koldt vand.  Informeres om hyppig brug af hudplejeprodukter med opstart på behandlingsdagen. Det anbefales at anvende en fed uparfumeret creme 1-2 gange dagligt.  Solcreme med min. faktor 15. Undgå mest mulig soleksponering og anvend løstsiddende tøj, samt solhat.  Pga. den hyppige forekomst af xerosis, er det af afgørende betydning, at patienten er velinformeret og har opnået compliance ift. forebyggende tiltag.<sup>3</sup></p>
<b>Pleje</b>	<p>Baseline med fokus på hudstatus og anamnese ift. Tidligere atopisk dermatit.  Observation af grad og udbredelse af tørhed og kløe  Observation af instrumentel og personlig ADL samt af psyko-social påvirkning  Tør og skællende hovedbund: massere fed lotion eller badeolie ind i hovedbunden. Evt. anvendelse af skælshampoo  Observation af evt. infektioner  Tørhed i skeden: fugtbevarende gel eller glidecreme, evt. hormonstikpiller. Det anbefales at anvende glidecreme ved samleje.  Tørhed i næsen: fed creme, obs. sår dannelse, obs. evt. infektionstegn  Tørhed i øjnene: patienterne bør undgå at anvende kontaktlinser  Tørheden kan evt. afhjælpes med neutrale øjendråber  Patienten skal anmodes om at kontakte afdelingen ved forværring af øjensymptomer, eller hvis der opstår synsproblemer</p>

<b>Definition</b>	<b>Hånd og fod reaktion (HFR)<sup>6</sup></b> Denne type HFR adskiller sig fra den PPE, som ses ved behandling med stoffer, der indeholder 5-fluoracil.
<b>Symptomer</b>	Dysetesi, parestesi, kan optræde før andre symptomer viser sig erythem, ødem, hyperkeratose, kallus-lignende blærer (indeholder normalt ikke væske), tør sprunken hud med fissurer, deskvamation. De mest alvorlige symptomer opstår oftest på områder, der er udsat for størst tryk ex. hæle, trædepuder. Symptomerne opstår oftest inden for de første 3-4 uger efter behandlingsstart.
<b>Forebyggelse</b>	Information om hvilke symptomer, der kan opstå, og hvordan de ser ud (gerne på billedmateriale). Observation af hud og negle på fødder ved baseline. Evt. fodterapeut før behandlingsstart. Omhyggelig hudpleje med hudplejemidler. Fed uparfumeret 1-2 gange i døgnet. Udlevere hudplejeprodukter Kompliance ift. pro-aktiv behandling Holde negle kortklippede, særligt lateralkant med friktion mod underliggende hud. Daglig fodhygiejne/daglig skift af sokker Undgå sæbebad Rummeligt fodtøj/evt. trykaflastning Evt. undgå at belaste fødderne ved at stå op i længere tid Anvend gummihandsker ved alt "vådt arbejde".
<b>Pleje</b>	Baseline vurdering med fokus på hudstatus og anamnese mht. fodsymptomer og problemer. Evt. fodterapeut før behandlingsstart Gradering (CTC) af HFR mhp. pausering med behandling Observation af instrumentel og personlig ADL samt af psyko-social påvirkning. Observation af evt. infektioner Kompliance i forhold til pro-active behandling Sikre at patienten ved, hvornår det er relevant at kontakte afdelingen ved forværring af symptomer. Henvisning til dermatolog mhp. evt. behandling med lapis, Tourcering af hypergranulation

	<p><b>Aftøs stomatit</b>  ses hyppigst ved stofferne: everolimus, temsirolimus, sorafinib, sunitinib</p>
<b>Definition</b>	<p>Afterne er typisk små, lokale opståede sår i mundslimhinden. De sidder typisk indvendigt på kinden eller læben, men kan også sidde på siden af eller under tungen. Der kan være flere after tilstede samtidigt, de er typisk 4-5 mm i diameter, men kan være på 10 mm.<sup>16</sup></p>
<b>Symptomer</b>	<p>Smerter</p>
<b>Profylakse</b>	<p>Information om aftøs stomatitis  Baseline vurdering af patientens mundslimhinde og tandstatus. Vær opmærksom på at evt. protese passer.  Opretholde god mundhygiejne  Undgå at ryge  Evt. profylaktisk behandling  Sikre at patienten ved/kender nødvendigheden af at kontakte afdelingen, hvis der opstår symptomer, eller hvis allerede eksisterende symptomer forværres.</p>
<b>Sygepleje</b>	<p>CTC – gradering  Smertebehandling lokal/systemisk  Endvidere må afdelingens anbefaling være gældende her  Vægtkontrol  Kostvejledning/diætistvejledning  Vejledning i daglig mundhygiejne  Det anbefales at anvende en blød tandbørste og undgå tandpasta indeholdende sodium lauryl sulfat (brug evt. Zendium tandpasta)  Kompliance til behandling / udlevering af mundplejeprodukter  Vurdere effekt af den iværksatte behandling  Sikre at patienten ved/kender nødvendigheden af at kontakte afdelingen, hvis symptomerne forværres  Observation af instrumentel og personlig ADL</p>

## Forkortelser

CTC: Common toxicity criteria

ADL: Almindelig daglig levevis

TEWL: Transepidermal water loss

HFR: Hånd- og fodreaktion

PPE: Palmoplantar erythrodysestesi

## Referenceliste samt forslag til yderligere læsning

1. Segært S, Taberero J, Chosidow O et al. Management of skin reaction in cancer patients receiving epidermal growth factor target therapies. *JDDG* 2005; 8:599-605.
2. Segært S, Cutsem EV. Clinical signs, pathophysiology and management of skin toxicity during therapy with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Oncol* 2005;16:1425-33.
3. Galimont-Collen AFS, Vos LE, Lavrijsen APM et al. Classification and management of skin, hair, nail and mucosal side-effects of epidermal growth factor receptor (EGFR) inhibitors. *Eur J Cancer* 2007;43:845-51.
4. Thomas M. Cetuximab: Adverse event profile and recommendations for toxicity management. *J Clin Oncol Nurs* 2005; 9:332-8.
5. Sipples R. Common side effects of anti-EGFR therapy: Acneiform rash. *Semin Oncol Nurs* 2006;22:28-34.
6. Revaud A. How to optimize treatment compliance in metastatic renal cell carcinoma with targeted agents. *Ann Oncol* 2009;20:7-12.
7. Schofield P, Jefford M, Carey M et al. Preparing patient for threatening medical treatments: Effects of a chemotherapy educational DVD on anxiety, unmet needs, and self-efficacy. *Supp Care Cancer* 2008; 16:37-45.
8. Joshi SS, Ortiz S, Witherspoon JN et al. Effects of epidermal growth factor receptor inhibitor-induced dermatologic toxicities on quality of life. *Cancer* 2010;116:3916-23.
9. Wagstaff A. When treatment gets under your skin...Caring for patients with drug-induced acneiform eruptions. *Cancer World*, 2007;maj/juni: 14-22.
10. Lynch TJ, Kim ES, Eaby B et al. Epidermal growth factor inhibitor-associated cutaneous toxicities: An evolving paradigm in clinical management. *The Oncologist* 2007;12:610-21.
11. Lacouture ME, Reilly LM, Gerami P et al. Hand foot skin reaction in cancer patients treated with the multikinase inhibitors sorafenib and sunitinib, *Ann Oncol* 2008;19:1955-61.
12. Lacouture ME, Maitland ML, Segært S et al. A proposed EGFR inhibitor dermatologic adverse event-specific grading scale from the MASCC skin toxicity group study. *Supp Care Cancer* 2010;18:509-22.
13. Haley AC, Calahan C, Gandhi M et al. Skin care management in cancer patients: an evaluation of quality of life and tolerability. *Supp Care Cancer* 2010 (DOI 10.1007/s00520-010-0851-8).
14. Potthoff K, Hofheinz R, Hassel J C et al. Interdisciplinary management of EGFR-inhibitor induced skin reactions: a German expert opinion. *Ann Oncol* 2010;22:524-35.
15. Yamamoto DS, Hallquist V P, Zhao G. Severe Acneiform Rash. *J Clin Oncol Nurs* 2004;8:654-6.
16. Petersen AML. Personal communication 2011.

## Forfattere

Ledende projektsygeplejerske Birgitte Christiansen  
Sygeplejerske Rut Fick