

Tabell 2: Hudreaksjoner og aktuelle tiltak

Vanligste reaksjoner	Forebyggende tiltak og behandling
<p>Fotosensitivitetsreaksjoner Økt følsomhet for ultrafiolett lys. Reaksjonen kan være fototoksisk eller fotoallergisk (4, 9), hovedsakelig forårsaket av UVA-stråler (9). For mer informasjon; se definisjoner</p> <p>Svært vanlig ved BRAF-hemmeren Vemurafenib Forekommer sjelden ved; Dacarbazin, doxorubicin liposomal (Cealyx), EGFR-hemmere (Cetuximab, Panitumab, Erlotinib, Gefitinib, Lapatinib, Vandetanib), Fluorouracil (5-FU), Kapecitabin (Xeloda), Paklitaksel, Tegafur, Vinblastin, Vinkristin</p>	<p>Følg generelle forholdsregler Om mulig, kan det være nyttig å ta medisin om kvelden. Unngå soling behandlingsdagen og første påfølgende dager. Bruk solkrem som beskytter mot UVA og UVB-stråler, min. SPF 30 (15).</p> <p>Behandling: Unngå sol (inkl.solarium) til huden er tilhelet. Solbrent hud kan lindres med fuktige og kjølede omslag. Milde kortisonsalver kan ha effekt. Ved svært alvorlige tilfeller kan systemisk kortison være nødvendig</p>
<p>Fotoreaktivering Administrering av høydose Metotreksat 2-5 dager etter soleksponering, er assosiert med en forsterket rødhet (solbrenthet) i soleksponert hudområde. Det er rapportert enkeltstående tilfeller av det samme ved taxaner, gemcitabin og doksorubicin liposomal (16).</p>	<p>Forsiktighet med soleksponering siste dager før kur anbefales ved tidligere oppstått reaksjon.</p>
<p>Fotoinstabilitet Enkelte medikamenter kan brytes ned dersom de utsettes for lys. Symptomer: Rødhet i huden, prikking i hodebunn og generell uvelhet</p> <p>Aktuelt ved Dakarbazin (DTIC)</p>	<p>Unngå sollys helt den dagen behandlingen gis (11).</p>
<p>Akneliknende utslett Kviseliknende utbrudd i hudområder med mye talgkjertler slik som ansikt, hodebunn, bryst og nakke. I motsetning til ved vanlige kviser, inneholder blemmene ikke bakterier.</p> <p>Svært vanlig ved: EGFR-hemmere (Cetuximab, Erlotinib, Afatinib, Panitumab, Lapatinib) og MEK-hemmere (Trametinib)</p>	<p>Unngå direkte sol, varme og fuktighet (11, 12). Unngå såpe og alkoholbaserte hudprodukter (11).</p> <p>Behandling: Bruk fuktighetsgivende produkter og oljebad (7, 11, 12). Profylaktisk bruk av tetracykliner og lokal påføring av 1 % hydrokortisonkrem med fuktighetskrem bør vurderes. Kortikosteroider po. kan vurderes</p>
<p>Palmoplantar erythrodysesthesia = Acral erythema (PPE) også kalt hånd-/fotsyndrom. Tilstanden starter med endret følelse i huden som utvikles til brennende smerte, hevelse og rødhet i håndflater og fotsåler.</p> <p>Cytarabin, Docetaxel, Doxorubicin liposomal (Ceaelyx), Flourouracil (5-FU), Metotreksat, VEGFR-hemmere (Zorafenib, Sunitinib, Pasopanib), Xeloda (Capesitabin)</p>	<p>Ved symptomer: Unngå sol, varme, trykk mot huden, stramme klær og sko (17-19). Bruk fuktighetskrem.</p> <p>Behandling/lindring: NSAIDS; COX-2hemmer (Celekoksib) har vist effekt (20) kortisonsalve (14), kortison tbl, kalde omslag (14), kalde bad (10, 11) *Pyridoxine som har vært mye brukt for å forebygge og behandle PPE har ikke vist effekt (20)</p>
<p>Radiation recall (Rachel)/ UV recall Forekommer sjelden, men er registrert ved flere cytostatika (tabell 1). Enkelte typer antibiotika og Simvastatin kan også utløse radiation recall</p>	<p>Behandling Kortionsalve (21). For øvrig som ved fototoksisk reaksjon. Viktig å oppdage tidlig for å forhindre behandlingsavbrudd</p>
<p>Fotoonykolyse er en sjelden, men plagsom reaksjon der neglen løsner fra neglesengen. Dette kan oppstå 2- 4 uker etter behandling, og er forårsaket av kombinasjon av enkelte typer cytostatika (f.eks. mercaptopurine) og sollys (16).</p>	<p>Erfaring viser at mørk neglelakk kan beskytte</p>
<p>Andre hudreaksjoner Basalcellekarsinom (BRAF-hemmere), erytem, acinitic keratose, utslett (Ipilimumab), soleksem = polymorphous light eruption</p>	