

# DERMOCOSMESI E PROTOCOLLI PER LA PERSONA IN TERAPIA ONCOLOGICA

---

Dr.ssa Ambra Carolina Redaelli

**AGGIORNAMENTO APEO 2022**



# CARATTERISTICHE DELLA PELLE IN TERAPIA ONCOLOGICA

- Priva di barriera: film idrolipidico, cheratina dei corneociti o lamelle cornee, cemento intercorneocitario o lipidi interlamellari
- Epidermide molto ridotta per blocco EGFR, cheratinizzazione anomala
- Follicolo pilosebaceo sottile e danneggiato
- Derma ricco di cellule dell'inflammazione



# TOSSICITA' CUTANEA

- Rush cutaneo o eruzione pustolare follicolare: eruzione sul viso tipo acne (no comedoni); macule e papule diffuse sul viso; eritema diffuso; asettica follicolite
- Sindrome mano piede
- Xerosi (pelle secca), e prurito, desquamazione, fissurazioni (ragadi) mani piedi
- Paronichia, onicocriptosi, granuloma ungueale
- Pigmentazioni
- Teleangectasie
- Fotosensibilità
- Cambiamento crescita capelli e ciglia



# QUANDO E COME INTERVENIRE COSMETOLOGICAMENTE

- La Specialista in Estetica Oncologica APEO, attraverso cosmetici certificati con studi clinici su pazienti oncologici e pubblicati in letteratura scientifica, può aiutare il paziente durante tutto il percorso oncologico, **quando non compaiono lesioni patologiche.**
- Dalla diagnosi alla prima settimana di terapia farmacologica
- Durante la terapia farmacologica, con interventi diversi a seconda delle varie tossicità cutanee
- Durante la radioterapia
- Durante il follow up



# DERMOCOSMESI E TRATTAMENTI PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO

- 1) Detersione quotidiana della pelle
- 2) Riequilibrio e ripristino della barriera cutanea e della fisiologia dell'epidermide sia durante la terapia farmacologica che durante la radioterapia
- 3) Lenire e calmare agendo sull'iper-reattività dermica
- 4) Idratare con azione filmogena ed umettante
- 5) Nutrire con azione liporestitutiva e sebosimile
- 6) Proteggere da luce solare con SPF 50+ con filtri fotostabili e non assorbibili



# LA DETERSIONE

**La deterzione deve essere per affinità e non per contrasto**

Caratteristiche del prodotto per la deterzione:

- 1) deve avere una base lipidica simile alla parte lipidica del film idrolipidico, per emulsionarsi con i lipidi cutanei ed il pulviscolo dell'ambiente;
- 2) deve essere idrosolubile per essere asportato con l'acqua del risciacquo.



# LA DETERSIONE

## Il detergente per il paziente oncologico:

- **Non deve contenere:**
  - lipidi minerali (vaselina)
  - alcool
  - tensioattivi anionici e cationici
  - coloranti
- **Deve contenere:**
  - miscele di lipidi sebosimili naturali
  - sostanze lenitive
  - sostanze idratanti
  - profumi non allergizzanti



# I PROTOCOLLI

**In base al momento terapeutico si distinguono:**

- **PROTOCOLLI PER LE TERAPIE FARMACOLOGICHE**
  
- **PROTOCOLLI PER LA RADIOTERAPIA**



# I PROTOCOLLI PER TOSSICITÀ CUTANEE DA TERAPIE ONCOLOGICHE

- **Protocollo 1:** dalla diagnosi alla prima settimana di terapia farmacologica
- **Protocollo 2:** durante la terapia farmacologica
- **Protocollo 2a:** in presenza di RASH e EPP (eritrodisestesia palmo plantare)
- **Protocollo 2b:** secchezza o xerosi, prurito, ragadi
- **Protocollo 2c:** lesioni unghie e pelle di mani e piedi
- **Protocollo 3:** nel follow-up (periodo conclusivo delle cure che prevede controlli periodici. Ogni 3-4 mesi nei primi 3 anni poi 1-2 volte l'anno)
- **Protocollo 4:** radiodermite



# PROTOCOLLO 1: DALLA DIAGNOSI ALLA PRIMA SETTIMANA DI TERAPIA FARMACOLOGICA

## AUTOCURA DOMICILIARE: viso, corpo

- Detersione: con creme detergenti dermoaffini, senza tensioattivi anionici, non schiumogeni, privi di oli minerali
- Dopo la detersione: creme idratanti filmogene e umettanti, lenitive antiarrossamento, creme nutrienti, con lipidi dermosimili, ceramidi, ad integrare e fortificare la barriera cutanea
- *Fotoprotezione 50+ con filtri fotostabili e non assorbibili*



# PROTOCOLLO 1: DALLA DIAGNOSI ALLA PRIMA SETTIMANA DI TERAPIA FARMACOLOGICA

AUTOCURA DOMICILIARE: unghie e cute mani piedi

- Pelle e unghie di mani e piedi: dopo la detersione dermoaffine, applicare più volte al giorno creme lenitive-nutrienti, idratanti, cheratoplastiche e miscele oleose massaggiando con cura unghie e perionichio. La sera applicare la crema ad impacco



# PROTOCOLLO 1: DALLA DIAGNOSI ALLA PRIMA SETTIMANA DI TERAPIA FARMACOLOGICA

## TRATTAMENTI PROFESSIONALI VISO

OBIETTIVO: fortificare ed idratare la pelle per prepararla a resistere alle terapie

- Pulizie con creme e maschere, con lozioni cheratolitiche delicate e prodotti per pelli sensibili, sottili e delicate.
- Maschere nutrienti ed idratanti
- Chiudere con creme che ripristinano la barriera cutanea, l'idratazione e i lipidi



# PROTOCOLLO 1: DALLA DIAGNOSI ALLA PRIMA SETTIMANA DI TERAPIA FARMACOLOGICA

## TRATTAMENTI PROFESSIONALI CORPO

OBIETTIVO: fortificare ed idratare la pelle per prepararla a resistere alle terapie

- Trattamenti riepitelizzanti, idratanti e liporestitutivi con prodotti per pelli sensibili, sottili e secche
- Massaggi personalizzati



# PROTOCOLLO 1: DALLA DIAGNOSI ALLA PRIMA SETTIMANA DI TERAPIA FARMACOLOGICA

## TRATTAMENTI PROFESSIONALI MANI PIEDI

OBIETTIVO: preparare le unghie, ed il perionichio a sopportare l'effetto dei farmaci

Manicure e pedicure: togliere ipercheratosi, callosità, pulire ed idratare il perionichio, tagliare le unghie con forma quadrata, senza traumatizzare il perionichio, non tagliare la cute che ricopre i margini dell'unghia, arretrarla con oli e creme, non utilizzare sostanze cheratolitiche. Nutrire molto pelle e unghie



## PROTOCOLLO 2: DURANTE LA TERAPIA FARMACOLOGICA

Durante la terapia avvengono tutte quelle trasformazioni epidermiche, dermiche e degli annessi che caratterizzano le tossicità cutanee da terapia oncologica.

Quindi il Protocollo 2 va personalizzato in base alle tossicità che si verificano

- **Protocollo 2a:** in presenza di RASH e EPP (eritrodisestesia palmo plantare)
- **Protocollo 2b:** secchezza o xerosi, prurito, ragadi
- **Protocollo 2c:** lesioni unghie e pelle di mani e piedi



## PROTOCOLLO 2A: PRESENZA DI RASH E EPP (eritrodiseestesia palmoplantare)

- Importante ricordare che inizia con papule, poi pustole follicolari asettiche, ed evolve in croste. Compare nelle zone seborroiche ma non è acne.
- L'estetica oncologica interviene in prevenzione e può essere poi di supporto quando serve l'intervento farmacologico.
- Le follicoliti non possono essere evitate ma l'arrossamento, il bruciore ed il prurito possono essere contenute



# PROTOCOLLO 2A: PRESENZA DI RASH E EPP (eritrodiseestesia palmoplantare)

## AUTOCURA DOMICILIARE VISO CORPO

- **In presenza di papule, rossore e pustole**
  - *Detersione* : detergenti per affinità
  - *Lozioni idratanti antisettiche*
  - *Creme lenitive idratanti* con lipidi di barriera: ceramidi, olio di ribes nero ( $\omega 3$  e  $\omega 6$ ), trigliceridi, insaponificabili di oli e burri; con idratanti: sodium PCA, ac. Jaluronico, Threalosio; con lenitivi: acido glicirrtico, ribes nero, aloe
  - *Fotoproteggere: SPF 50+* filtri solari fotostabili e non assorbibili
- **In presenza di ispessimenti (croste non sanguinanti)**
  - *Detersione* : detergenti con derivati acido salicilico
  - *Lozioni idratanti e leggermente cheratolitiche a ph non inferiore a 5,5*
  - *Creme lenitive idratanti*
  - *Oli e burri*
  - *Fotoproteggere: SPF 50+* filtri solari fotostabili e non assorbibili

**NON USARE MAI VASELINA E OLI MINERALI**



# PROTOCOLLO 2A: PRESENZA DI RASH E EPP (eritrodiseestesia palmoplantare)

## AUTOCURA DOMICILIARE MANI E PIEDI

Applicare almeno 2 volte al giorno e la sera ad impacco:

- creme idratanti e leviganti (urea a basse %)  
cheratoplastiche (allantoina);
- oli nutrienti da far assorbire con massaggi.



# PROTOCOLLO 2A: PRESENZA DI RASH E EPP (eritrodiseestesia palmoplantare)

## TRATTAMENTI IN ISTITUTO

- ***Solo in fase iniziale non acuta***
- Viso e corpo: Trattamenti lenitivi e calmanti
  - **NO**: oli essenziali, prodotti a base polverosa (alghe, fanghi)
  - **SI**: impacchi con acque lenitive e calmanti, maschere in creme emollienti.
- Manicure pedicure: non traumatizzare, se vi sono ispessimenti usare: creme idratanti e leviganti (urea a basse %) e cheratoplastiche (allantoina); oli nutrienti da far assorbire con massaggi. Resine NO. Smalti semipermanenti NO. NO formaldeide







# CONSIGLI GENERALI PER ERUZIONE PUSTOLARE FOLLICOLARE

- Nelle lesioni vicine agli occhi, naso, bocca, a causa della vicinanza con secrezioni mucose, lacrimali e salivari si possono sviluppare infezioni batteriche o micotiche. Per prevenirle bisogna tenere asciutte queste zone
- Evitare prodotti contenenti alcool
- Se si usa make-up evitare vaseline e oli minerali. No fondotinta, si fard.
- Fotoproteggere per non avere poi a distanza di mesi iperpigmentazione



# PROTOCOLLO 2B:

## SECchezza O XEROSI, PRURITO, RAGADI

- È dovuta alla perdita della funzione della barriera cutanea per riduzione dei lipidi di superficie (sebacei e lamellari) che porta ad aumentare la TEWL, perdita eccessiva di acqua con secchezza, prurito, desquamazione. È presente su tutto il corpo.
- Sintomatologia: prurito, bruciori, dolore
- Si possono avere FISSURAZIONI e RAGADI. Può evolvere in ECZEMA



# PROTOCOLLO 2B:

## SECCHENZA O XEROSI, PRURITO, RAGADI

**AUTOCURA DOMICILIARE:** viso, corpo.

- *Detersione* : con ricche creme detergenti dermoaffini a risciacquo. NO SAPONI
- *Creme nutrienti barriera molto ricche con:* burro di Karitè, olio ribes nero, olio mandorle dolci, olio d'oliva, olio jojoba, ceramidi, sfingolipidi, allantoina.
- Miscele oleose di burri ed olii
- Fotoprotezione SPF 50+ con filtri fotostabili non assorbibili
- NO prodotti con alcool



# PROTOCOLLO 2B:

## SECCHENZA O XEROSI, PRURITO, RAGADI

**AUTOCURA DOMICILIARE:** mani, piedi.

- *Detersione* : con ricche creme detergenti dermoaffini a risciacquo. **NO SAPONI**
- Su unghie di mani e piedi applicare più volte al giorno le miscele oleose, creme barriera nutrienti, leviganti, cheratoplastiche (allantoina, urea), idratanti.
- La sera fare impacchi con le creme e massaggiare bene l'unghia
- **NO prodotti con alcool**



# PROTOCOLLO 2B:

## SECCHENZA O XEROSI, PRURITO, RAGADI

### TRATTAMENTI IN ISTITUTO

- ***Solo se non vi sono lesioni***
- Viso e corpo: Trattamenti lenitivi e calmanti, impacchi con creme nutrienti e barriera, e con miscele di oli e burri dermoaffini
- Massaggiare con oli e creme
- Chiudere i trattamenti sempre con creme emollienti ricche e con miscele oleose
- Manicure e pedicure: come **Protocollo 2a**





# CONSIGLI PER XEROSI, PRURITO E RAGADI

- Non usare mai acqua molto calda per lavarsi, sia bagno che doccia
- Indumenti intimi di cotone e non colorati
- Nel lavaggio degli indumenti, soprattutto quelli intimi, usare poco detersivo, risciacquare molto bene, non usare ammorbidenti nel risciacquo finale.
- Deodoranti senza alcool



## PROTOCOLLO 2C: LESIONI UNGUEALI

- Paronichia, onicocriptosi (unghia incarnita), granuloma ungueale
- Si sviluppano 4-8 settimane dall'inizio terapia
- Probabilmente dovute alla fragilità della cute periungueale che facilita l'onicocriptosi e l'infiammazione del perionichio
- Le unghie crescono lentamente sono fragili e vi è frequente onicolisi
- Nella paronichia vi è processo infiammatorio a livello del derma con capillari prominenti ed edema.



# PROTOCOLLO 2C: LESIONI UNGUEALI

## AUTOCURA DOMICILIARE

- Detersione per affinità con creme detergenti.
- Taglio dell'unghia, non cortissima, senza traumatizzare il perionichio.
- Applicare dopo la detersione e più volte al giorno creme nutrienti, barriera e cheratoplastiche (controllano la desquamazione) ed oli eudermici.



# PROTOCOLLO 2C: LESIONI UNGUEALI

## TRATTAMENTI IN ISTITUTO

- Taglio dell'unghia senza traumatizzare la cute
- Non utilizzare sostanze cheratolitiche.
- Chiudere manicure e pedicure con impacco e massaggio con creme nutrienti e cheratoplastiche (controllano la desquamazione) ed oli eudermici
- È possibile mettere smalti, no resine, no semipermanenti, no ricostruzione unghie. NO formaldeide
- Sulle pigmentazioni ungueali non si può fare nulla





## PROTOCOLLO 3: FOLLOW-UP

Il follow-up è il periodo conclusivo delle cure che prevede controlli medici periodici. Ogni 3-4 mesi nei primi 3 anni poi 1-2 volte l'anno.

Durante il follow-up la persona può assumere dei farmaci ed avere le tossicità contemplate nei protocolli 2A,2B,2C quindi vanno seguiti i relativi protocolli

Se nel follow-up la persona non assume farmaci si eseguono trattamenti secondo il tipo di pelle e l'inestetismo che presenta (rughe, atonie, inestetismi da cellulite ed adipe)



# PROTOCOLLO 3: FOLLOW-UP

## CARATTERISTICHE DEI PRODOTTI PER IL FOLLOW UP

Oltre alle sostanze funzionali mirate all'inestetismo i prodotti cosmetici devono:

- Fortificare la barriera cutanea: ceramidi 1,3,6, fitosfingosina, colesterolo, lecitina;
- Avere azione umettante: PCA, threalosio, saccarosio, urea (a basse concentrazioni)
- Avere azione filmogena: acido ialuronico a grandi dimensioni



# PROTOCOLLO 4: RADIODERMITE

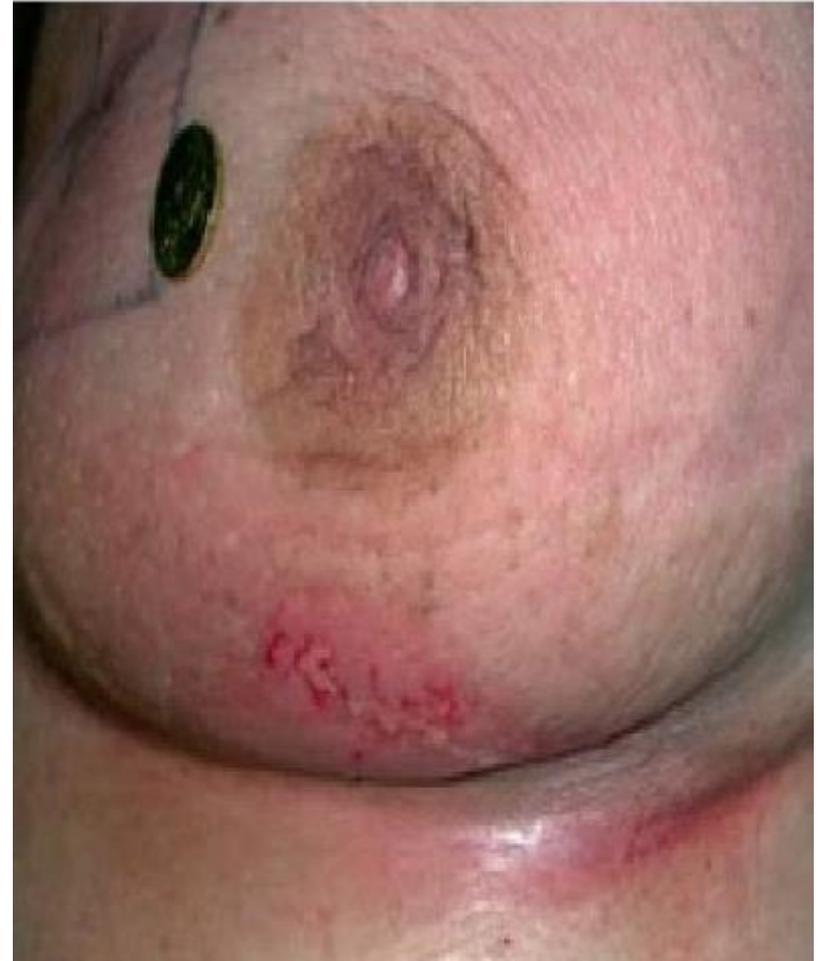
- La radiodermite è l'effetto tossico cutaneo della radioterapia. Si può manifestare dal semplice eritema con vescicole desquamazione e prurito, fino all'ulcerazione vera e propria.
- Può portare a atrofia cutanea, fibrosi e teleangectasie
- Può riacutizzarsi per un episodio febbrile o in caso di esami radiologici: tac, mammografia, RX torace....



# PROTOCOLLO 4: RADIODERMITE

- 10 giorni prima d'iniziare radioterapia e per tutto il periodo della radioterapia
- Detersione per affinità
- Dopo la detersione mattino e sera applicare Creme nutrienti, elasticizzanti; poi alla crema si aggiunge olio eudermico. Prima del trattamento radiante la pelle va pulita
- Subito dopo la terapia radiante applicare creme lenitive con acido  $18\beta$ glicirretico, aloe, insaponificabili, olio di ribes nero, tocoferoli.
- Fotoproteggere sempre con SPF 50+ con filtri fotostabili e non assorbibili





# IPERPIGMENTAZIONI

- È di natura post-infiammatoria, secondaria all'eruzione pustolosa follicolare, si sviluppa anche molti mesi dopo il trattamento con inibitori EGFR.
- Sembra dovuta ad infiammazione dei melanociti che trasferiscono maggior melanina ai cheratinociti basali
- È accentuata dall'esposizione solare

Il trattamento sia domiciliare che professionale è quindi legato al protocollo dell'eruzione pustolosa follicolare.

Fotoprotezione sempre



# TELEANGECTASIE

- Sono legate all'eruzione pustolosa follicolare, localizzate solitamente vicino ad una lesione pustolosa follicolare
- Si attenuano col tempo ma lasciano iperpigmentazioni
- Trattamento quindi preventivo dell'eruzione pustolosa follicolare e fotoprotezione
- Se non si è fatta prevenzione le teleangectasie formatesi rimangono e se non si fotoprotette si creano iperpigmentazioni che rimangono

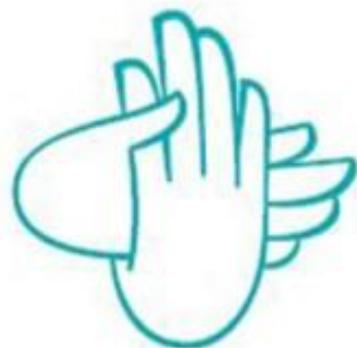


# FOTOSENSIBILITÀ

- L'inibizione dell'EGFR sui cheratinociti, porta alla loro apoptosi in seguito all'esposizione a raggi UVB, ecco perché si ha fotosensibilità della cute fotoesposta.
- Quindi il paziente in terapia con targeted therapy anti EGFR, devono sempre usare una protezione solare dalla diagnosi a molti mesi dopo la fine delle terapie.







# APEO

ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE  
DI ESTETICA ONCOLOGICA

## GRAZIE!

