

Soins infirmiers du syndrome main-pied sévère causé par le médicament anti-tumoral oral Xeloda : une étude de cas

RÉSUMÉ

Cette étude de cas résume l'expérience de soins infirmiers d'un patient souffrant d'un syndrome main-pied (SMP) de grade III causé par le médicament anti-tumoral oral Xeloda. Les points clés des soins infirmiers ont été la consultation d'une équipe multidisciplinaire pour établir un diagnostic clair d'un SMP de grade III, le contrôle efficace de l'infection, appliquer un pansement de biocellulose et promouvoir la croissance de la granulation et la régénération des cellules épidermiques, en partant du principe que le médicament anti-tumoral Xeloda ne peut être réduit ou arrêté. Après 98 jours d'intervention infirmière complète, la plaie a complètement guéri ; 6 mois plus tard, l'ulcère n'a pas réapparu.

Mots clés syndrome main-pied, Xeloda, pansement de biocellulose, soins infirmiers

Pour les références Zhang S, Zhao W and Zhang M. Nursing care of severe hand foot syndrome caused by the oral anti-tumour drug Xeloda: a case study. WCET® Journal 2022;42(1):29-33

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.42.1.29-33>

Soumis le 14 octobre 2021, Accepté le 9 mars 2021

INTRODUCTION

Cette étude de cas résume l'expérience infirmière dans la prise en charge d'un patient souffrant d'un syndrome mains-pieds (SMP) de grade III causé par le médicament anti-tumoral oral Xeloda (capécitabine). Les points clés des soins infirmiers sont l'importance du processus de consultation de l'équipe multidisciplinaire (EMD) pour fournir un diagnostic définitif d'un SMP de grade III, contrôler efficacement l'infection et appliquer un pansement de biocellulose sur la plaie pour favoriser la croissance du tissu de granulation et la régénération des cellules épidermiques, en partant du principe que le médicament anti-tumoral Xeloda ne pouvait pas être réduit ou arrêté. Après 98 jours d'interventions infirmières complètes, la plaie a complètement cicatrisé ; 6 mois plus tard, l'ulcère n'était pas réapparu.

Le SMP est également connu sous le nom de syndrome érythrodysesthésie palmo-plantaire, d'érythème acral et de syndrome de Burgdorf. Il s'agit d'une réaction cutanée dermatologique indésirable qui peut survenir chez les

patients atteints de tumeurs malignes lors de traitements par chimiothérapie systémique ou par thérapie moléculaire ciblée¹⁻³. Des lésions tissulaires localisées se produisent à la suite d'une réaction toxique provoquée par l'accumulation de médicaments à partir de lésions du système des glandes eccrines. De plus, les médicaments utilisés sont excrétés dans la sueur des capillaires des membres terminaux de la paume des mains et de la plante des pieds, ce qui rend ces zones plus sensibles au SMP. La vascularisation et l'augmentation des pressions et de la température cutanée des mains et des pieds peuvent exacerber cet effet^{2,4}. Bien que le SMP ne mette pas la vie en danger, il peut avoir un impact important sur la qualité de vie d'une personne, en particulier des personnes âgées³. Les manifestations cliniques du SMP sont un engourdissement palmo-plantaire, une insensibilité, une sensation de picotement, un gonflement rapide de la peau ou un érythème, une desquamation, des craquelures ou des cloques (généralement à un stade avancé) ou une douleur intense^{3,5}. Les paumes des mains sont généralement touchées en premier. Il peut y avoir des aggravations progressives de toute lésion cutanée.

Il est important que le SMP ne soit pas confondu avec la réaction cutanée main-pied (RCMP) résultant de l'utilisation d'inhibiteurs multikinases ou BRAF. Les réactions cutanées liées à l'utilisation de ces groupes de médicaments se manifestent par des plaques hyperkératosiques jaunâtres et douloureuses sur les talons, le bout des doigts, dans les espaces interdigitaux et sur les articulations³.

Selon l'institut national du cancer, (INC)⁶, le SMP est divisé en trois grades : le grade I est une dermatite avec des changements cutanés (tels que la disparition des empreintes digitales, la pigmentation, l'érythème, l'engourdissement de la peau, l'insensibilité, la paresthésie, la desquamation, etc.) avec ou sans douleur ; le grade II est un changement cutané ou une dermatite, avec douleur mais sans dysfonctionnement ; le grade III est un changement cutané ou une dermatite (telle qu'une desquamation humide de la peau, un ulcère, une cloque), une

Shuangshuang Zhang MSN, ET

Premier hôpital affilié de la première université de médecine de Shandong, hôpital Qianfoshan de la province de Shandong, Jinan, Shandong, Chine

Wenxing Zhao* MSN, ET

Hôpital central affilié à la première université de médecine de Shandong, hôpital central affilié à l'université de Shandong, Jinan, Shandong, Chine

Mengmeng Zhang MSN, ET

Hôpital central affilié à la première université de médecine de Shandong, hôpital central affilié à l'université de Shandong, Jinan, Shandong, Chine

* Auteur correspondant

douleur sévère et un dysfonctionnement. Les ulcères sévères de grade III sont rares. Les manifestations pathologiques des ulcères de grade III sont une dégénérescence vacuolaire (liquéfaction) des kératinocytes basaux, une infiltration de lymphocytes autour des vaisseaux cutanés, une apoptose des kératinocytes et un œdème cutané⁷. Le couple antitumoral Xeloda, appelé comprimés de capécitabine, nouvelle génération de médicaments anti-tumoraux oraux à large spectre à base de fluorouracile⁸, est utilisé pour le traitement des patientes atteintes d'un cancer du sein avancé après une chimiothérapie; les cellules tumorales peuvent être intentionnellement tuées si Xeloda est utilisé indépendamment. Xeloda peut également être utilisé en conjonction avec d'autres agents de chimiothérapie⁹. En outre, Xeloda est généralement pris par voie orale, sous forme de BD après les repas, et en cas de cancer du sein métastatique, Xeloda est utilisé comme traitement d'entretien tant qu'il reste efficace. Les effets indésirables de Xeloda comprennent principalement le SMP, les nausées, la diarrhée et la neutropénie. L'incidence du SMP est la plus élevée parmi les effets indésirables de Xeloda, atteignant 45-68%⁸. En outre, 20 à 50 % des patients ayant utilisé Xeloda ont été contraints de réduire la dose ou même d'interrompre le traitement en raison d'un SMP^{10,11}.

Le 26 mai 2020, un patient souffrant d'un SMP sévère de grade III causé par le Xeloda oral a été admis dans le département de soins infirmiers spécialisés dans les plaies, les stomies et l'incontinence de notre hôpital. Sans arrêt du médicament, la plaie a été complètement guérie en 98 jours après des soins infirmiers et une intervention médicale globaux. Les méthodes de soins infirmiers sont rapportées comme suit.

PRÉSENTATION DE CAS

Contexte

Une patiente de 65 ans, Mme Li, s'est présentée avec des antécédents de desquamation et de décollement de la peau de la paume des deux mains et de la plante des deux pieds, de dermatite inflammatoire et de cloques occasionnelles depuis 3 ans, et d'un ulcère au talon droit depuis 2 mois. Ses affections cutanées et ses plaies n'ont pas été guéries par les méthodes de cicatrisation humide dans deux hôpitaux de catégorie III, classe A, de la province.

Ses antécédents médicaux présentaient un cancer du sein diagnostiqué 13 ans auparavant. De plus, une métastase des ganglions lymphatiques axillaires et une métastase pulmonaire bilatérale sont apparues 4 ans auparavant. Après six cures de chimiothérapie, Xeloda 1,5g BID a été pris par voie orale comme thérapie ciblée, et la maladie n'a pas progressé. Après l'administration orale de Xeloda pendant 2 semaines, des SMP de grade I et II sont apparus, tels que des mains et des pieds secs et une desquamation.

Évaluation systémique

L'évaluation systémique de Mme Li comprenait les examens suivants :

- Les examens de laboratoire effectués au cours des 6 derniers mois ont montré :
 - Le marqueur CEA (antigène carcinoembryonnaire) était de 5,53-12ng/ml (normal: 0-5).
 - Ca (antigène du cancer)-153: 20.04-28.45u/ml (normal: 0-25).
 - Évaluation de la douleur. Score sur l'échelle d'évaluation numérique (END) : 8 points (0 représente l'absence de douleur et 10 représente la pire douleur imaginable).

- Mobilité : incapacité de marcher affectant la vie normale, par exemple, les membres de la famille ont dû utiliser un fauteuil roulant pour pousser Mme Li à la clinique pour changer ses pansements.
- État nutritionnel : moyen; IMC 19,9 kg/m².
- État psychologique : anxiété et peur étaient présentes.
- Membre inférieur local :
 - L'artère pédieuse dorsale et l'artère tibiale postérieure présentaient une bonne pulsation après un palpage manuel sans évaluation formelle à l'aide d'un équipement.
 - Pas d'antécédents de maladie artério-veineuse des membres inférieurs.
- Évaluation de la plaie :
 - Localisation de la plaie : le talon droit.
 - Mesure de la plaie : la taille du lit de la plaie était de 5x5cm.
 - Lit de la plaie : le lit de la plaie était recouvert à 100 % de tissu non viable jaune et spongieux.
 - Exsudat de la plaie : il y avait une quantité moyenne d'exsudat purulent et légèrement odorant.
 - Bord de la plaie : une croûte noire et dure était évidente et circonférentielle autour du lit de la plaie.
 - La peau péri-lésionnelle était sèche et une grande partie de l'épiderme sec a été éliminée lors du nettoyage de la plaie (Figure 1).

Équipe multidisciplinaire et protocole de soins infirmiers

Du point de vue des soins infirmiers, un certain nombre de difficultés et de défis à relever se sont présentés. Il s'agit notamment de :

- Évaluer et prendre en charge d'une plaie chronique non cicatrisante. La plaie n'était pas guérie après 2 mois de traitement de cicatrisation humide dans deux autres hôpitaux de grade III, classe A, de la province.
- Identifier la cause et le type de la plaie. S'agissait-il d'une plaie cancéreuse, d'un pyoderma gangrenosum ou d'un SMP accompagné d'un ulcère grave ? Il n'y avait pas de pathologie claire ou de diagnostic définitif.
- Le traitement oral au Xeloda peut affecter la cicatrisation des plaies. Cela a soulevé la question de savoir si le Xeloda oral pouvait être réduit ou arrêté.



Figure 1. Présentation de la plaie

En raison de l'évaluation et des difficultés infirmières mentionnées ci-dessus, une consultation de l'équipe multidisciplinaire (EMD), comprenant le chirurgien général, l'oncologue et l'infirmière spécialisée dans les plaies, a été rapidement convoquée. Les représentants des services concernés de l'hôpital ont été invités à formuler un diagnostic et un protocole de soins. Le service de chirurgie générale a suggéré de déterminer la pathologie et de procéder à une culture bactérienne. Les résultats ont montré qu'il y avait une infiltration neutrophile dense périvasculaire et interstitielle du tissu. Cependant, il n'y avait aucun signe de vasculite ou de tumeur maligne. Les bactéries cultivées ont été identifiées comme étant des *Proteus*. Le diagnostic de SMP de grade III avec un ulcère grave rare a été confirmé. Après la consultation oncologique, l'avis de l'oncologue était que, compte tenu de la récurrence du cancer du sein après 4 ans, de la double métastase pulmonaire ainsi que des multiples marqueurs tumoraux instables, le Xeloda oral ne pouvait pas être réduit ou arrêté.

Traitement des plaies : stratégies initiales

Les objectifs initiaux du traitement des plaies étaient de contrôler l'infection, de favoriser l'autolyse des tissus non viables et de les débrider si nécessaire, et de soulager la douleur. Les principes TIME (Tissu, Infection, humidité (Moisture), Exudat) ont été utilisés pour guider le traitement local de la plaie et traiter les caractéristiques de la plaie décrite ci-dessus. Une solution saline normale et une gaze ont été utilisées pour nettoyer et débrider mécaniquement le lit de la plaie. Compte-tenu de la quantité modérée d'exsudat de la plaie et de la sécheresse de la peau au bord et autour de la plaie, un pansement hydrocolloïde sulfadiazine-argent a été choisi comme couche de contact primaire pour contrôler l'infection et maintenir la plaie hydratée. La fonction de ce pansement est de réduire la charge bactérienne dans la plaie et de contrôler l'infection, d'aider à l'autolyse et au débridement, et de réduire la douleur pendant les changements de pansement¹². La peau autour de la plaie était sèche et partiellement desquamée. Afin d'éviter l'avulsion, un pansement en mousse de silicone souple a été utilisé comme pansement secondaire ou externe, qui a également absorbé l'exsudat verticalement et protégé la peau péri-lésionnelle fragile.

ÉVALUATION

Stratégies initiales de traitement des plaies

Après l'utilisation du pansement hydrocolloïde sulfadiazine-lipide d'argent du 26 mai au 4 juin, l'infection localisée a été contrôlée. Le produit du pansement en conjonction avec le débridement mécanique a permis l'autolyse des tissus non viables, laissant le lit de la plaie avec 100% de tissu de granulation. Le bord de la plaie a conservé une légère inclinaison et, dans la peau péri-lésionnelle, une partie de l'épiderme était encore exfoliée (Figure 2). La quantité d'exsudat de la plaie est restée modérée mais l'odeur a disparu. La douleur liée aux changements de pansement a été réduite. La taille du lit de la plaie a été réduite de 5x5cm à 4,5x4,5cm (Figures 3 & 4). Le score END a été réduit à 6 points, et la patiente a pu être aidée par sa famille pour venir à la clinique pour les changements de pansement.

Stratégies de traitement secondaire des plaies

Une fois l'infection de la plaie contrôlée et les tissus non viables retirés du lit de la plaie, l'hydrocolloïde sulfadiazine-lipide d'argent a été arrêté et le protocole de soins a été modifié. Après avoir pris en compte les retards dans la cicatrisation des plaies qui se sont accumulés sur une période de 2 mois dans d'autres hôpitaux ainsi que dans notre hôpital, on s'est demandé quels autres

produits auxiliaires de traitement des plaies pouvaient être utilisés pour favoriser la régénération du tissu de granulation et des cellules épidermiques afin de faciliter la fermeture de cette plaie chronique. Par conséquent, pour guider la sélection d'un autre pansement primaire, l'EMD a pris en compte les facteurs "S" de l'acronyme MOIST. MOIST a été développé en complément de TIME pour répondre au développement de nouvelles technologies de traitement des plaies. MOIST fait référence à l'équilibre de l'humidité (Moisture), à l'équilibre de l'oxygène (O), au contrôle de l'infection (I), au soutien (S) et à la gestion des tissus (T)¹³. Le S fait référence à la modification de l'environnement de la plaie, par exemple les médiateurs inflammatoires, les niveaux de pH et les facteurs de croissance. Par conséquent, un pansement de biocellulose (Nanoderm® de China Shandong Nameide Biotechnology) a été sélectionné. Il s'agit d'un biomatériau naturel qui est sûr et non stimulant pour la croissance des tumeurs chez les patients cancéreux et qui peut favoriser efficacement la régénération du tissu de granulation et des cellules épidermiques. Un pansement en mousse de silicone souple a été choisi pour le pansement secondaire/externe.

Après avoir changé le pansement tous les 3-4 jours, le tissu de granulation a augmenté et la taille de la plaie a progressivement diminué. Le 11 août, la plaie s'était rétrécie à 1,5x1,5 cm et était entrée dans la phase d'épithélialisation (figure 5). Le pansement primaire de biocellulose a été abandonné. La peau autour de la plaie étant fragile, le pansement en mousse de silicone souple a été utilisé. À ce moment-là, le score END était de 2, et la patiente pouvait venir à l'hôpital pour changer son pansement. Après presque 3 mois de traitement, la plaie était complètement cicatrisée le 31 août (Figure 6). Lors du suivi à 6 mois plus tard, l'ulcère de la patiente n'avait pas réapparu. Afin d'exprimer sa gratitude, la patiente est venue expressément à la clinique et a déclaré qu'elle avait retrouvé son état de santé d'il y a 4 ans et qu'elle avait repris une vie normale incluant la danse en quadrille.

DISCUSSION

De nombreux articles ont été recherchés afin de trouver les meilleures données probantes pour aider à la prise en charge de ce cas. En termes de traitement systémique, le traitement ciblé par Xeloda associé à de la vitamine B6 à haute dose (300mg/j) et à une crème à la vitamine E pour les mains et les pieds peut réduire la sévérité du SMP¹⁴. Près de la moitié des patients traités pensent que le SMP est l'effet secondaire le plus grave de la chimiothérapie reçue, ce qui a un impact sérieux sur la confiance et l'observance



Figure 2. Autolyse des tissus non viables révélant un tissu de granulation

du traitement. Il est important de fournir aux patients qui vont suivre un traitement par Xeloda des connaissances pertinentes sur les avantages et les effets secondaires du traitement et des conseils de santé pour gérer les éventuels effets indésirables. Une préparation psychologique suffisante peut aider les patients à surmonter la maladie sous-jacente et les effets secondaires liés au traitement. La prise en charge efficace des plaies chroniques est renforcée par une approche EPD visant à déterminer la cause de la plaie et les facteurs susceptibles de compliquer la cicatrisation, ainsi qu' à définir des stratégies de prise en charge des plaies fondées sur des données probantes pour faciliter la cicatrisation et améliorer la qualité de vie des patients¹⁵.

SYNTHÈSE

Le SMP avec des ulcères cutanés sévères est très rare. Lorsque le Xeloda ne peut pas être réduit ou arrêté, la plaie est difficile à cicatriser. Cela pose de grands défis aux infirmiers et infirmières spécialisés dans les plaies pour déterminer les stratégies de traitement des plaies. Dans ce cas, grâce à la consultation de la EPD et à l'évaluation du patient, de la plaie et des traitements systémiques par une infirmière spécialisée dans les plaies, l'infection de la plaie a été contrôlée à l'aide d'un pansement hydrocolloïde sulfadiazine-argent, et un pansement de biocellulose a été appliqué pour favoriser efficacement la régénération du tissu de granulation et des cellules épidermiques.



Figure 3. Poursuite de la cicatrisation de la plaie



Figure 4. Poursuite de la cicatrisation de la plaie



Figure 5. La phase d'épithélialisation



Figure 6. Derniers stades de la cicatrisation

Dans ce cas, le traitement de la maladie primaire n'a pas été affecté, la douleur du patient a été minimisée et la cicatrisation de la plaie a été réalisée.

RÉFÉRENCES

1. Zhang YH, Shao CHY. Nursing experience of 26 cases of hand foot syndrome caused by anti-tumor treatment. *Jilin Medical Science* 2014;35(7):1568.
2. Inokuchi M, Ishikawa I, Furukawa H et al. Treatment of capecitabine-induced hand-foot syndrome using a topical retinoid: a case report. *Oncology Letters* 2014;7(2):444-448.
3. Kwakman JJM, Elshot YS, Punt CJA, Koopman M. Management of cytotoxic chemotherapy-induced hand-foot syndrome. *Oncology Reviews* 2020;14(1):57-63.
4. Xu L, Xue M, Wang J, Zhang W. Analysis of risk factors of hand foot syndrome induced by apatinib mesylate and nursing countermeasures. *Nursing Research* 2019;33(23):4049-4054.
5. Nikolaou V, Syrigos K, Saif MW. Incidence and implications of chemotherapy related hand-foot syndrome. *Journal of Expert Opinions of Drug Safety* 2016;15(12):1625-1633.
6. Dong Y, Lu Z, Yang Y. Nursing research progress of hand foot syndrome caused by capecitabine. *Nursing Research* 2016;30(1):275-278.

7. Janusch M, Fischer M, Marsch WC, et al. The hand-foot syndrome a frequent secondary manifestation in antineoplastic chemotherapy. *European Journal of Dermatology* 2006;16(5):494–499.
8. Li X, Liu D, Wu D, Fan X, Zhang J. Research progress on the relationship between capecitabine related gene polymorphism and hand foot syndrome. *Journal of Practical Oncology* 2018;32(2):149–153.
9. Liu SL, Yu ZY, Liu HF. Xeloda maintenance therapy in the treatment of advanced breast cancer. *Chinese and Foreign Women Health* 2020;7(13):68,91.
10. Guo QH, Ma JL, Zhang J, et al. Clinical observation of hand foot syndrome caused by capecitabine and 5-fluorouracil. *Journal of Chinese Medical Guide* 2013;11(31):36–37.
11. Gao J, He Q, Hua D, et al. Polymorphism of TS 3' - UTR predicts survival of Chinese advanced gastric cancer patients receiving first-line capecitabine plus paclitaxel. *Clinical and Translational Oncology* 2013;15(8):619–625.
12. Sood A, Granick MS, Tomaselli NL. Wound dressings and comparative effectiveness data. *Advances in Wound Care* 2014;(3):511–529.
13. Dissemmond J, Assenheimer B, Engels B et al. Clinical letter, MOIST. *Journal of the German Society of Dermatology* 2017;(4):443–445.
14. Chen Z, Zhou S, Xu S, Ding P, Zhang H. Clinical observation of hand foot soaking formula in the prevention and treatment of capecitabine related hand foot syndrome. *China Science and Technology of Traditional Chinese Medicine* 2016;23(3):329–330.
15. Lei J, Sun L, Li P, Zhu C, Lin Z, et al. The wound dressings and their applications in wound healing and management. *Health Science Journal* 2019;13(4):662–668.