

Kirsi Isoherranen

Ihoetäpesäkkeiden konservatiivinen hoito

Ihoetäpesäkkeet heikentävät merkittävästi potilaan elämänlaatua, etenkin silloin, kun ne haavautuvat. Konservatiivisessa haavanhoidossa pyritään hallitsemaan syöpähaavoihin liittyvää verenvuotoa, hajua, eritystä, infektiota, kipua ja kutinaa. Tärkeässä osassa ovat hellävarainen puhdistus sekä tarttumattomat mutta riittävän imevät sidokset. Antiseptiset haavasidokset vähentävät syöpähaavoihin liittyvää hajua sekä ehkäisevät ja hoitavat infektiota. Sidosten vaihtovälin tulisi olla mahdollisimman pitkä, ja kivun hoidosta on huolehdittava ennen siteiden vaihtoa ja sen aikana. Ympäröivää ihoa voidaan hoitaa glukokortikoidivoiteilla kutinan hillitsemiseksi. Psykologisten tekijöiden huomioiminen on tärkeää kokonaisvaltaisessa hoidossa.

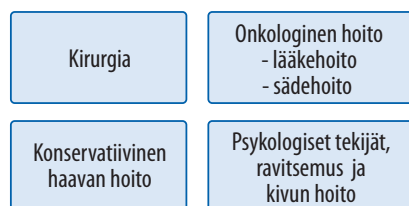
Ihoetäpesäkkeet muodostuvat, kun emokasvaimen solut leviävät ihoon ja alkavat jakautua. Vaikka ihoetäpesäkkeen ilmaantuminen on joskus syövän ensimmäinen ilmentymä, tällainen etäpesäke on yleensä merkki levinneestä taudista, ja hoidon lähtökohta on palliatiivinen (1). Ihoetäpesäkkeiden aiheuttamien haavojen esiintyvyys ei ole tiedossa, mutta on arvioitu, että arviolta 5–19 % metastaattisista syövästä haavautuu (2,3). Yleisimmät ihoetäpesäkkeiden esiintymispaikat ovat rintakehä sekä rintojen, pään ja kaulan alue (4). Nämä haavat vaikuttavat huomattavasti potilaan ja myös hänen läheistensä elämänlaatuun, jota asianmukainen hoito parantaa merkittävästi (5,6).

Ihoetäpesäkkeiden hoidosta on vain vähän korkealaatuisia tutkimuksia, ja valtaosa hoitokäytännöistä perustuu suosituksiin ja kliiniseen käytäntöön (7). Hoitopäätökset tulisi tehdä moniammatillisesti, ja hoitotiimiin kuuluvia ammattilaisia ovat muun muassa onkologi, plastiikkakirurgi, lääkäri, jolla on kivunhoidon tai palliatiivisen hoidon erityispätevyys, iho- tautilääkäri ja haavahoitaja (KUVA 1) (8). En käsittele tässä katsauksessa palliatiivista kirurgiaa, sädehoitoa tai levinneen syöpäsairauden jarruttavia lääkehoitoja vaan keskityn ihoetäpesäkkeiden paikallishoitoon konservatiivisen hoidon näkökulmasta.

Kliininen kuva ja hoidon tavoitteet

Ennen hoidon aloitusta on hyvä varmistaa haavan diagnoosi kudosnäytteellä. Ihoetäpesäkkeet ovat tyypillisesti nopeasti kasvavia, kukkakaalin tai sienien näköisiä muutoksia, ja haavat ovat kraaterimaisia (KUVA 2). Kasvaimen suurentuessa sen imuteiden ja verisuonten tukkiutuminen lisääntyy, mikä johtaa muun muassa hapensaannin vähenemiseen ja edelleen nekroosiin, erityksen lisääntymiseen ja turvotukseen (3).

Hoidon tavoitteista on hyvä keskustella heti alkuvaiheessa yhdessä potilaan ja tämän omaisten kanssa, ja tavoitteet tulee myös kirjata hoitosuunnitelmaan. Kirurgia, sädehoito sekä lääkehoidot tulevat kyseeseen joissain tapauksissa, ja palliatiivista konservatiivista hoitoa jatketaan näiden rinnalla (9,10). Palliatiivisen haavanhoidon tavoitteita ovat verenvuodon, hajun,



KUVA 1. Ihoetäpesäkkeiden hoidon eri osa-alueet.

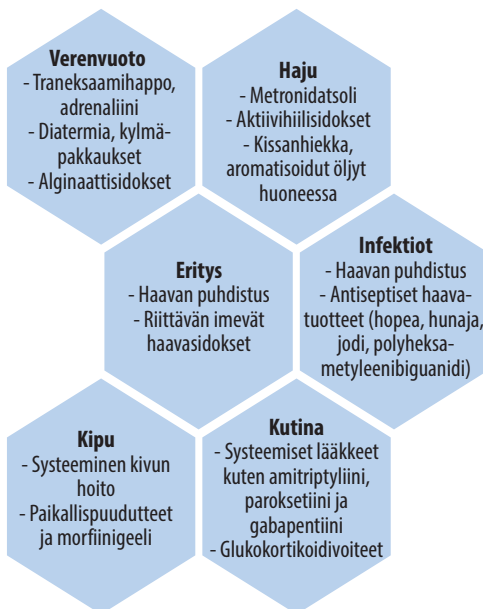


KUVA 2. Rintasyövän aiheuttama ihoetäpesäke.

erityksen, kutinan ja kivun hallinta sekä infektioiden esto (**KUVA 3**). Tärkeää on myös psykologisten tekijöiden huomioiminen.

Verenvuoto

Syöpähaavoihin liittyy suurentunut verenvuotoriski muun muassa verisuoni-invaasion, kudosten haurastumisen, syövän aiheuttaman trombosytopenian, luuydinlaman tai maksan vajaatoimintaan liittyvän koagulopatian vuoksi (11). Verenvuotoa on helpointa ehkäistä välttämällä teräviä instrumentteja haavan hoidossa ja käyttämällä puhdistuksessa tylppäreunaisia



KUVA 3. Haavautuneen ihoetäpesäkkeen hoidon periaatteita.

kauhoja, kuitutaitoksia sekä haavapyyhkeitä. Haavasidoksiksi valitaan mahdollisimman tarttumattomia materiaaleja. Sädehoitoa voidaan käyttää ennakoivasti verenvuodon ehkäisemiseksi. Potilaita ja omaisia tulee myös informoida, miten toimia verenvuodon sattuessa.

Verenvuodon tapahtuessa ensimmäinen hoitotoimenpide on painaa napakasti haavaa 20 minuutin ajan kompressilla, johon on imeytetty 0,5–1 ampullia traneksaamihappoa tai adrenaliinia. Diatermiaa voidaan käyttää apuna verisuonten elektrokoagulaatioissa ja myös kylmäpakkauksia verenvuodon tyrehtyttämisessä. Mikäli tihkuverenvuoto toistuu, alginaattia sisältävät haavasidokset ovat hyvä vaihtoehto, sillä ne lisäävät koagulaatiokaskadia (3,7). Myös hopeanitraattiliuoksella ja sinkkiä sisältävällä Mohsin pastalla on saavutettu hyviä hoitotuloksia (7,12). Vakavissa verenvuototilanteissa on syytä konsultoida kirurgia (10).

Kipu

Kipu on ehkä merkittävin potilaiden elämänlaadun heikentäjä palliatiivisesti hoidettavien haavojen yhteydessä (13). Haavaan liittyvä kipu on yleensä suurinta haavasidosten vaihdon yhteydessä, ja siksi tulisikin pyrkiä sidosten vaihtamiseen mahdollisimman harvoin, esimerkiksi kaksi kertaa viikossa.

Kivun hoito ennen sidosten vaihtoa ja sen aikana suunnitellaan huolellisesti. Ennen haavanhoidoa potilaalle kannattaa tarvittaessa antaa lyhytvaikutteista opioidia. Lisäksi suositellaan käyttämään esimerkiksi lidokaiinia sisältäviä paikallisuudutteita, joiden annetaan vaikuttaa riittävän pitkään, mielellään vähintään 30 minuuttia ennen haavanhoidoa.

Tavanomaiset harsotaitokset aiheuttavat eniten kipua, ja siksi tulisikin käyttää mahdollisimman vähän tarttuvia, esimerkiksi silikonipohjaisia haavasidoksia (3,10). Siteiden vaihdon tulisi olla myös rauhallinen, potilasta tukeva tapahtuma, ja potilaan kanssa keskustelu tässä yhteydessä yleensä vähentää kivun tunnetta (9). Haavaa ympäröivän ihon suojaamiseen ja hoitoon tulisi myös kiinnittää huomiota, sillä esimerkiksi ihottuma haavan ympärillä lisää kivun tunnetta sidosvaihdon yhteydessä.

Riittävä kipulääkitys ennen haavanhoitoa on huomioitava, ja paikallisesti voidaan käyttää muun muassa morfiinia sisältävää geeliä 0,08–0,5 %:n vahvuisena (10 mg morfiinia 8 grammassa hydrogeeliä) (14). Apteekit valmistavat myös 0,125 %:n vahvuista geeliä (1 ml morfiinisulfaattia, jonka vahvuus 20 mg/ml, 15 grammassa hydrogeeliä). Paikallisen kivun hoidon etuna on lääkkeen antaminen suoraan kipua aiheuttavalle alueelle, jolloin haittavaikutukset ovat systeemisiä lääkkeitä vähäisemmät. Systeemisen kivun hoidon on kuitenkin oltava myös riittävää, ja sen tulee toteutua WHO:n portaiden mukaan. Vaativimmissa kiputilanteissa tulee konsultoida lääkäriä, jolla on kivunhoidon tai palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys (15).

Haju

Haavautuneiden etäpesäkkeiden haju johtuu erityisesti anaerobibakteerien ja joidenkin gramnegatiivisten bakteerien (muun muassa *Pseudomonas*) lisääntyneestä määrästä haavassa (3). Hajun poistajana metronidatsoli (0,8 %) on osoittautunut tehokkaaksi, ja sitä voidaan käyttää eri muodoissa: voiteena, geelinä, imeytettynä kompressiin (suonensisäinen liuosvalmiste) tai murskattuna (tablettien murskaus tulee tehdä vetokaapissa) haavanhoidon yhteydessä (3,10,16). Erityistapauksissa lääkettä voidaan käyttää myös suun kautta.

Myös aktiivihiltä sisältävät sidokset ovat osoittautuneet tehokkaiksi hajun hillitsijöiksi. Jotta hiilisiidokset toimisivat tehokkaasti, niiden reunat tulisi tiivistää ja sidokset vaihtaa riittävän usein, ennen kuin haavaa vasten asetettu kontaktipinta muuttuu liian märäksi (3).

Tehokkaita hajun poistajia potilashuoneessa ovat myös kissanhiekka, hajunsyöjäpurkit ja aromatisoidut öljyt, jotka ovat erityisesti omaisten kannalta tärkeitä apukeinoja.

Eritys

Syöpähaavoihin liittyy usein runsasta eritystä, mikä liittyy kudoksen tulehdukseen ja infekttioon. Erityksen hallinta on tärkeää haavasidosten vaihtovälin pitämiseksi riittävän harvana ja

Ydinasiat

- ▶ Arviolta 5–19 % metastaattisista syövästä haavautuu.
- ▶ Ihoetäpesäkkeiden hoidon tulee olla moniammatillista.
- ▶ Konservatiivisen haavanhoidon kulmakiiviä ovat verenvuodon, hajun, kivun, erityksen, infektioiden ja kutinan hallinta.
- ▶ Psykologisten tekijöiden huomioiminen sekä potilaan että omaisten kannalta on tärkeää.

myös ympäröivän ihon terveyden ylläpitämiseksi. Kosteat haavatuotteet, kuten hydrogeelit, tai kosteutta sitovat haavasidokset, kuten hydrokolloidit, ovat erityksen vuoksi useimmiten vasta-aiheisia syöpähaavojen yhteydessä (3). Haavasidoksissa tulisi suosia runsaasti imeviä sidoksia, ja yleisimmin käytetyt haavasidokset ovat vaahto-, alginaatti- ja hydrokuitusidoksia sekä ”superimeviä” sidoksia, jotka perustuvat nykyaikaiseen vaippateknologiaan.

Infektioiden hallinta

Kaikissa kroonisissa haavoissa on bakteereita, ja systeeminen mikrobilääkehoito tarvitaan vain, mikäli haavassa on selviä kliinisen infektion merkkejä. Huolellinen mutta hellävarainen haavan puhdistus on tärkeää infektion hoidossa ja ehkäisyssä. Kuollut kudus on poistettava, sillä se toimii elatusaineena bakteereille. Puhdistukseen voidaan käyttää haavojen hoitoon tarkoitettuja puhdistusliuoksia, kuten polyheksametyleenibiguanidia sisältäviä liuoksia tai liuoksia, jotka koostuvat ylihapetetusta vedestä (10,16). Haavanhuuhtelunesteiden annetaan olla kompressiin imeytettynä haavojen päällä 10–15 minuuttia, minkä jälkeen tehdään varovainen mekaaninen puhdistus. Hellävaraiseen mekaaniseen puhdistukseen on käytettävissä tylyppäreunaisten kauhojen lisäksi mikrokuitua sisältäviä haavanpuhdistusliunoja.

Lievää haavainfektiota voidaan hoitaa paikallisilla antiseptisillä haavatuotteilla, joita voidaan käyttää myös infektion ehkäisyyn. Infektion

hoitoon ja ehkäisyyn soveltuvia tuotteita ovat muun muassa hopea, hunaja ja jodi (3,10,16). Hopeatuotteita ei suositella käytettäväksi sädehoidon yhteydessä (10). Hunaja on tehokas ja hyvin siedetty antiseptinen aine, mutta se lisää useimmiten haavaeritystä (17). Toisaalta varsin turvallisenä tuotteena se soveltuu erityisesti pään ja kaulan alueen haavojen hoitoon.

Suomessa on saatavilla sekä hunajageeliä että -verkkoa, ja niiden kanssa käytettävistä sekundaarisidoksista kannattaa konsultoida haavahoitajaa. Tilanteen mukaan käytetään rasvaverkkoa tai hydrokuitusidoksia kiinnittämään hunajavalmiste haavapohjaan. Jodia sisältävät haavatuotteet ovat erityisen tehokkaita muun muassa *Pseudomonaksen* häädössä, mutta niiden käytön rajoittamista 2–3 viikkoon suositellaan muun muassa pitkäaikaiskäyttöön liittyvän toksisuuden takia (18).

Aiemmin alipaineimuhuhoitoa pidettiin vasta-aiheisena syöpähaavojen hoidossa, mutta nykyään sitä voidaan pitää turvallisenä hoitomuotona harkituissa tapauksissa esimerkiksi haavapohjan puhtaana pitämiseksi (10).

Kutina

Etäpesäkkeisiin liittyvä kutina ei ole histamiinivälitteistä, joten antihistamiineista ei ole hyötyä näiden potilaiden kutinan hoidossa. Systemisesti voidaan kutinan hoitona käyttää vanhemman polven masennuslääkkeitä, kuten doksepiinia, amitriptyliiniä ja nortriptyliiniä tai serotoniinin takaisinoton estäjää paroksetiinia. Gabapentiini lievittää myös opioidien, ihottuman ja haavan aiheuttamaa kutinaa (10).

Paikallishoito on yhtä lailla tärkeää kutinan hoidossa. Perusasioihin kuuluvat hajusteettomat, jääkaapissa säilytettävät perusvoiteet, joihin voidaan sekoittaa myös mentolia (0,25–3 %). Kutinan ylivoimaisesti parasta

paikallishoitoa ovat kuitenkin II–IV luokan glukokortikoidivoiteet (10,19). Niitä voidaan levittää haavan ympäräsihon lisäksi myös haavapohjaan, etenkin jos haavassa esiintyy hypergranulaatiota. Hyvä kliininen kokemus on myös ex tempore -voiteesta, joka sisältää klooriheksidiiniä (1 %) ja beetametasonia (30 %) perusvoidepohjaan sekoitettuna (Bemetson 30 % – Novalan – klooriheksidiinidiglukonaatti, voide, Duodecimin lääketietokanta, ex tempore -reseptit).

Psykologiset tekijät

Kun haava todetaan parantumattomaksi ja palliatiivisin keinoin hoidettavaksi, nousee psykologisten tekijöiden huomioiminen erityisen keskeiseksi. Potilasta on hoidettava kunnioittavasti hänen tarpeitaan ja toiveitaan kuunnellen. Myös omaisten informoiminen ja huomioiminen hoidossa on erityisen tärkeää. Hyvään palliatiiviseen hoitoon kuuluvat potilaan voimaannuttaminen ja pyrkiminen parhaimpaan mahdolliseen elämänlaatuun, toimintakykyyn ja kivun hoitoon elämän loppumetreillä (3,13).

Lopuksi

Ihoetäpesäkkeiden konservatiivinen hoito vaatii usean tekijän huomioimista. Vahva näyttö erilaisten hoitojen vaikutuksesta puuttuu, mutta käytäntö on muovannut hoitomuotoja, joilla pystytään lievittämään potilaan elämänlaatua heikentäviä asioita, esimerkiksi haavan verenvuotoa, hajua, kipua ja kutinaa. Haavanhoidon lisäksi on tärkeää huomioida potilas ja hänen omaisensa kokonaisuutena sekä käydä rakentavaa vuoropuhelua hoidon tavoitteista ja hoitomuodoista. Vaikka emme pystyisi parantamaan haavaa, pystymme lievittämään potilaan kokemaa kärsimystä ja kipua. ■

KIRSI ISOHERRANEN, LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri
HUS, Tulehduskeskus, ihosairauksien linja
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0253-2567>

VASTUUTOIMITTAJA
Riikka Nevala

SIDONNAISUUDET

Kirsi Isoherranen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Abbvie, Mediq, Mölnlycke, Dansac Hollister, Curea Medical), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Abbvie), luottamustoimet (European Wound Management Association, European Wound Management Association, Suomen Lääkäriliiton haavanhoidon erityispätevyystoimikunta), hankkeet (TerveyskyliäPro, Haavatalo)

KIRJALLISUUTTA

1. Mortimer P. Skin problems in palliative care: medical aspects. Kirjassa: Oxford Textbook of palliative medicine. 3. painos. Dole D, Hanks G, Macdonald N, toim. Oxford: Oxford Medical Publications 1993, s. 384–95.
2. Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *J Wound Care* 2009;18:273–4.
3. Woo KY, Sibbald RG. Local wound care for malignant and palliative wounds. *Adv Skin Wound Care* 2010;23:417–28.
4. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 7316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:228–36.
5. Lo SF, Hayter M, Hu WY, ym. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *J Adv Nurs* 2011;68:1312–21.
6. Goto H, Kiyohara Y, Shindo M, ym. Symptoms of and palliative treatment for unresectable skin cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2019;20:34.
7. Firmino F, Villela-Castro DL, Dos Santos J, ym. Topical management of bleeding from malignant wounds caused by breast cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2021;61:1278–86.
8. Tremblay D, Roberge D, Touati N, ym. Effects of interdisciplinary teamwork on patient-reported experience of cancer care. *BMC Health Serv Res* 2017;17:218.
9. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J* 2010;7:214–35.
10. Furka A, Simko C, Kostyal L, ym. Treatment algorithm for cancerous wounds: a systematic review. *Cancers (Basel)* 2022; 14:1203.
11. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin N Am* 2016;51:513–31.
12. Yanazume S, Douzono H, Yanazume Y, ym. New hemostatic method using Mohs' paste for fatal genital bleeding in advanced cervical cancer. *Gynecol Oncol Case Rep* 2013;4:47–9.
13. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17:38–45.
14. Graham T, Grocott P, Probst S, ym. How are topical opioids used to manage painful cutaneous lesions in palliative care? A critical review. *Pain* 2013;154:1920–8.
15. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 22.8.2017]. www.kaypahoito.fi.
16. Winardi A, Irwan AM. Topical treatment for controlling malignant wound odour. *J Wound Manag* 2019;20:7–16.
17. Scepankova H, Combarros-Fuertes P, Fresno J, ym. Role of honey in advanced wound care. *Molecules* 2021;26:4784.
18. Vermeulen H, Westerbos SJ, Ubbink DT. Benefit and harm of iodine in wound care: a systematic review. *J Hosp Infection* 2010;76:191–9.
19. Andrade A, Kuah CY, Martim-Lopez JE, ym. Interventions for chronic pruritus of unknown origin. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;1:1–71.