

TOXICITÉ CUTANÉE DES TRAITEMENTS ANTI-CANCÉREUX



Dr Jean-Matthieu L'Orphelin
Janvier 2026

Qu'allons nous aborder ?

1. Introduction aux toxicités cutanées liées au cancer

- a. Comprendre les causes et les types de toxicités cutanées.
- b. Impact des traitements anticancéreux sur la peau.
- c. Présenter un mapping des toxicités cutanées les plus fréquentes par type de traitement

2. Le point de vue des patients

3. Prévention et gestion des toxicités cutanées

4. Traitements disponibles



LES THÉRAPIES ANTI-CANCÉREUSES

NON CIBLÉES

Chimiothérapie cytotoxique

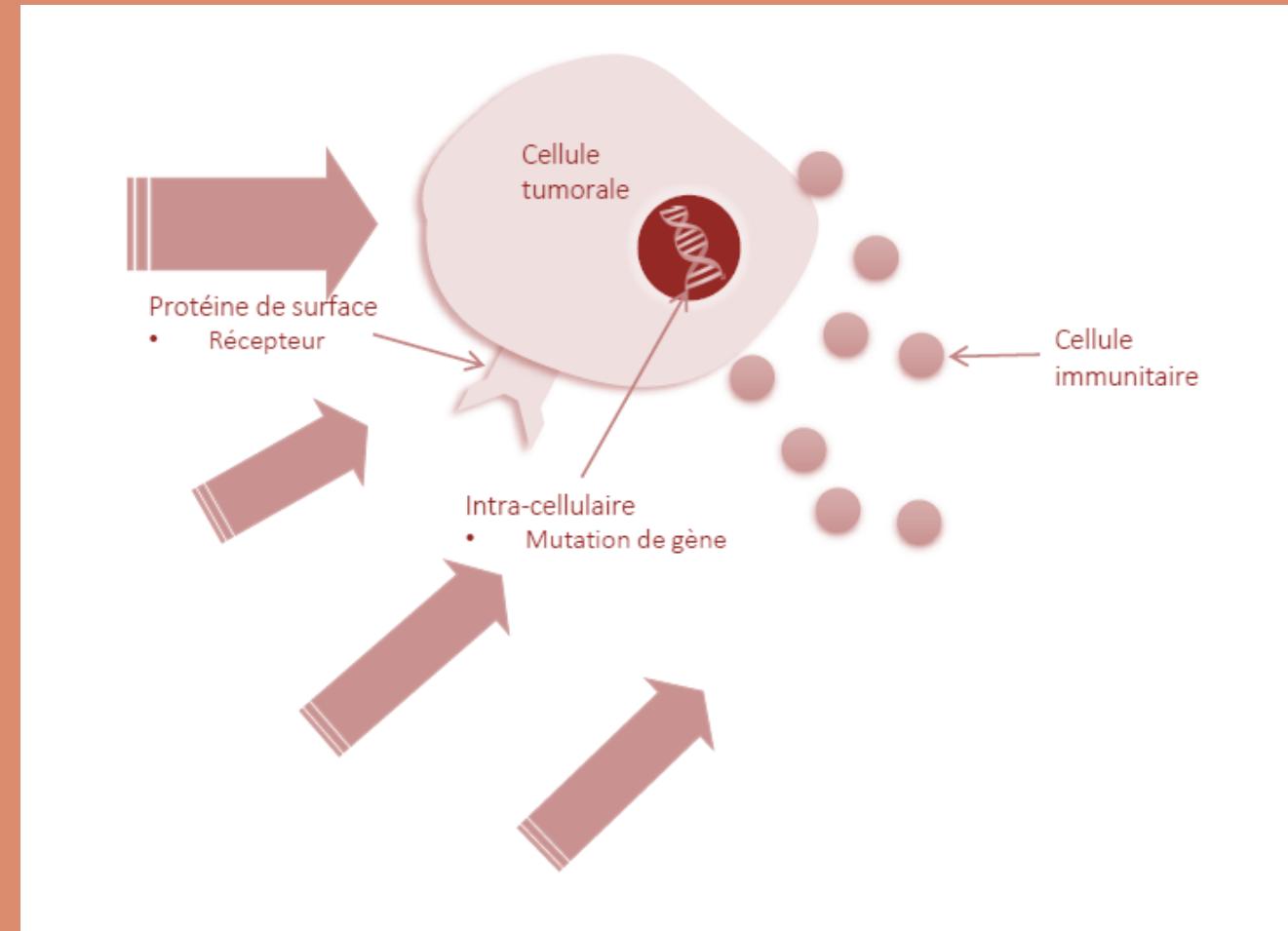
PRÉCISES

Immunothérapie

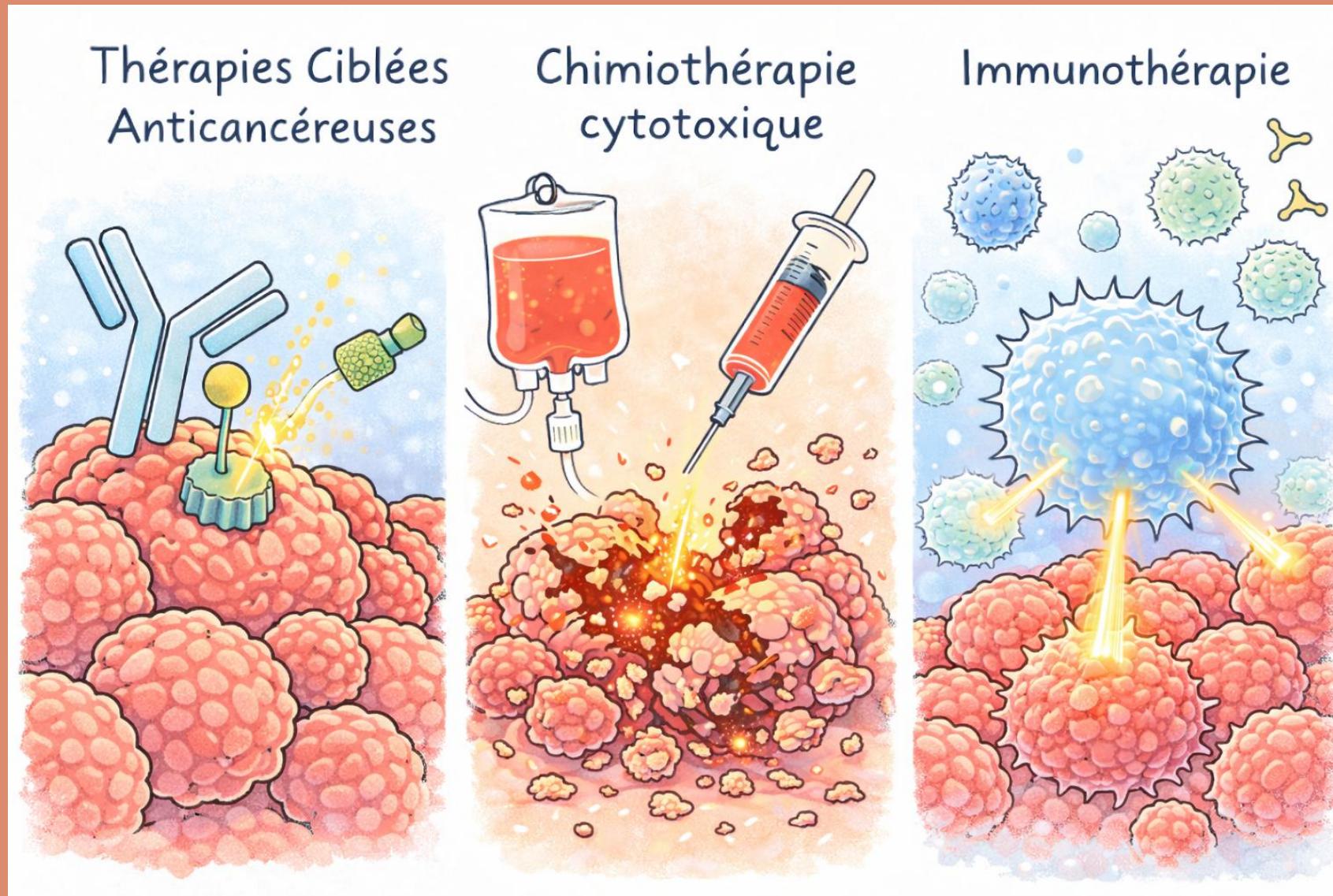
CIBLÉES

Thérapies ciblées

RADIOOTHÉRAPIE

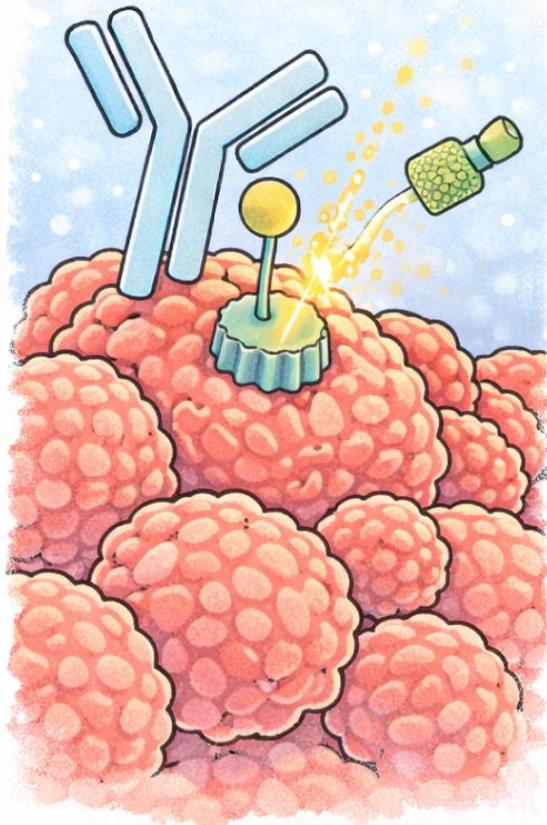


LES THÉRAPIES ANTI-CANCÉREUSES



LES THÉRAPIES ANTI-CANCÉREUSES

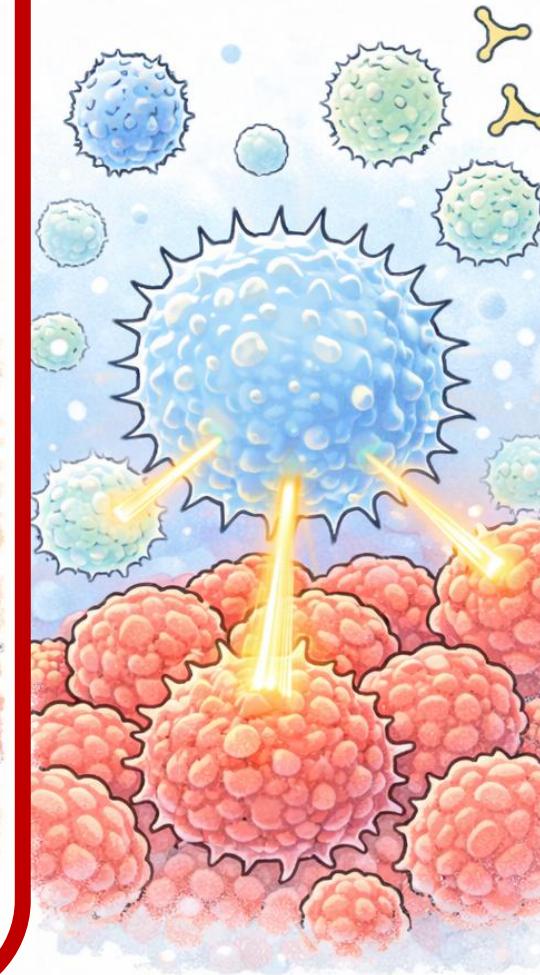
Thérapies Ciblées Anticancéreuses



Chimiothérapie cytotoxique



Immunothérapie



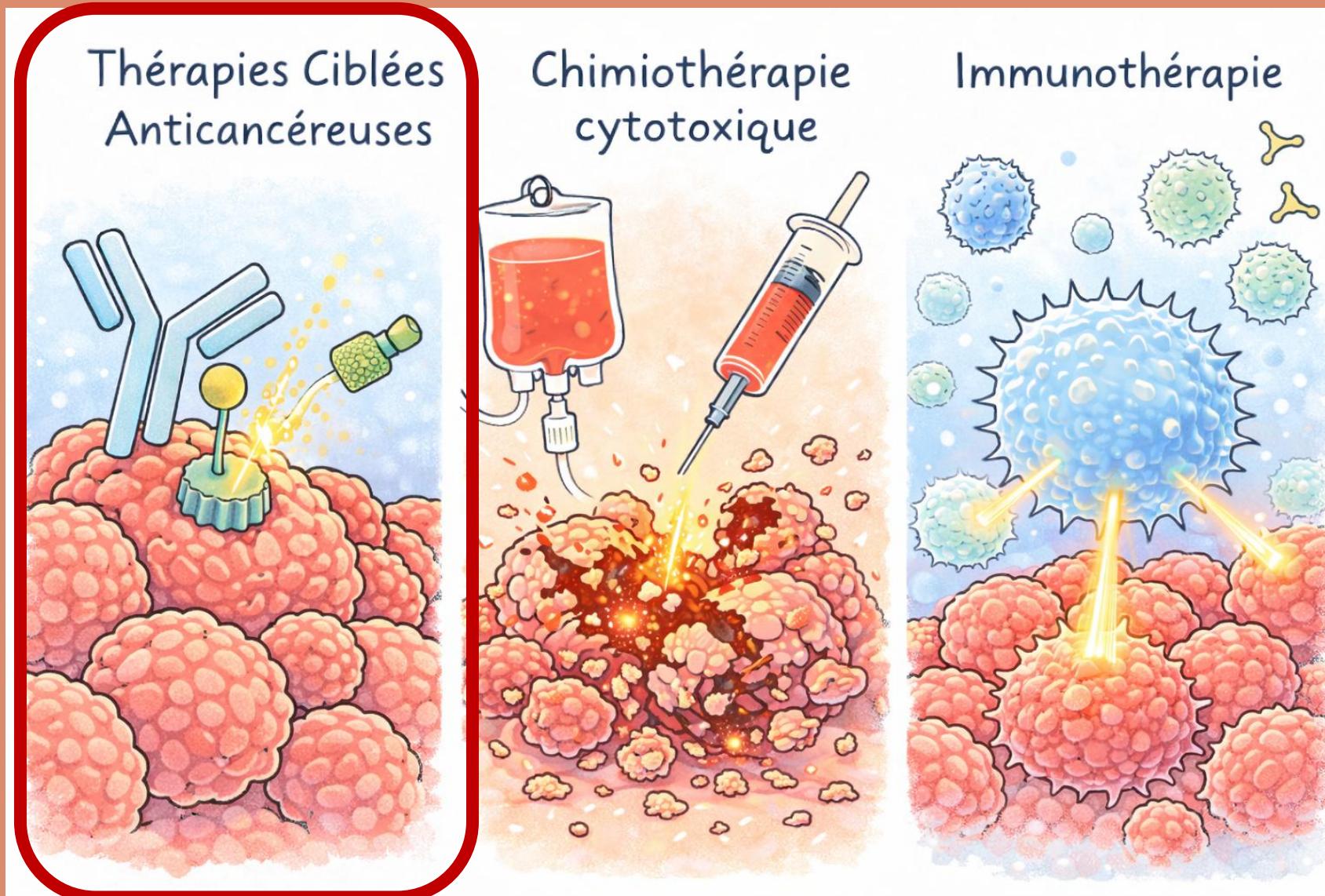
I. CHIMIOTHÉRAPIE CYTOTOXIQUE

EFFETS SECONDAIRES CUTANÉS LES PLUS FRÉQUENTS

- Sensibilité accrue aux UV : Phototoxicité
- Sécheresse de la peau, aspect terne : Xérose
- Aspect squameux en « pellicules de peau morte» : Xérose
- Sensation de démangeaison de la peau (prurit) : Xérose
- Troubles de la pigmentation locale ou diffuse
- Syndrome mains pieds
- Chute de cheveux : Alopécie
- Troubles unguéaux
- Troubles muqueux (mucites)



LES THÉRAPIES ANTI-CANCÉREUSES



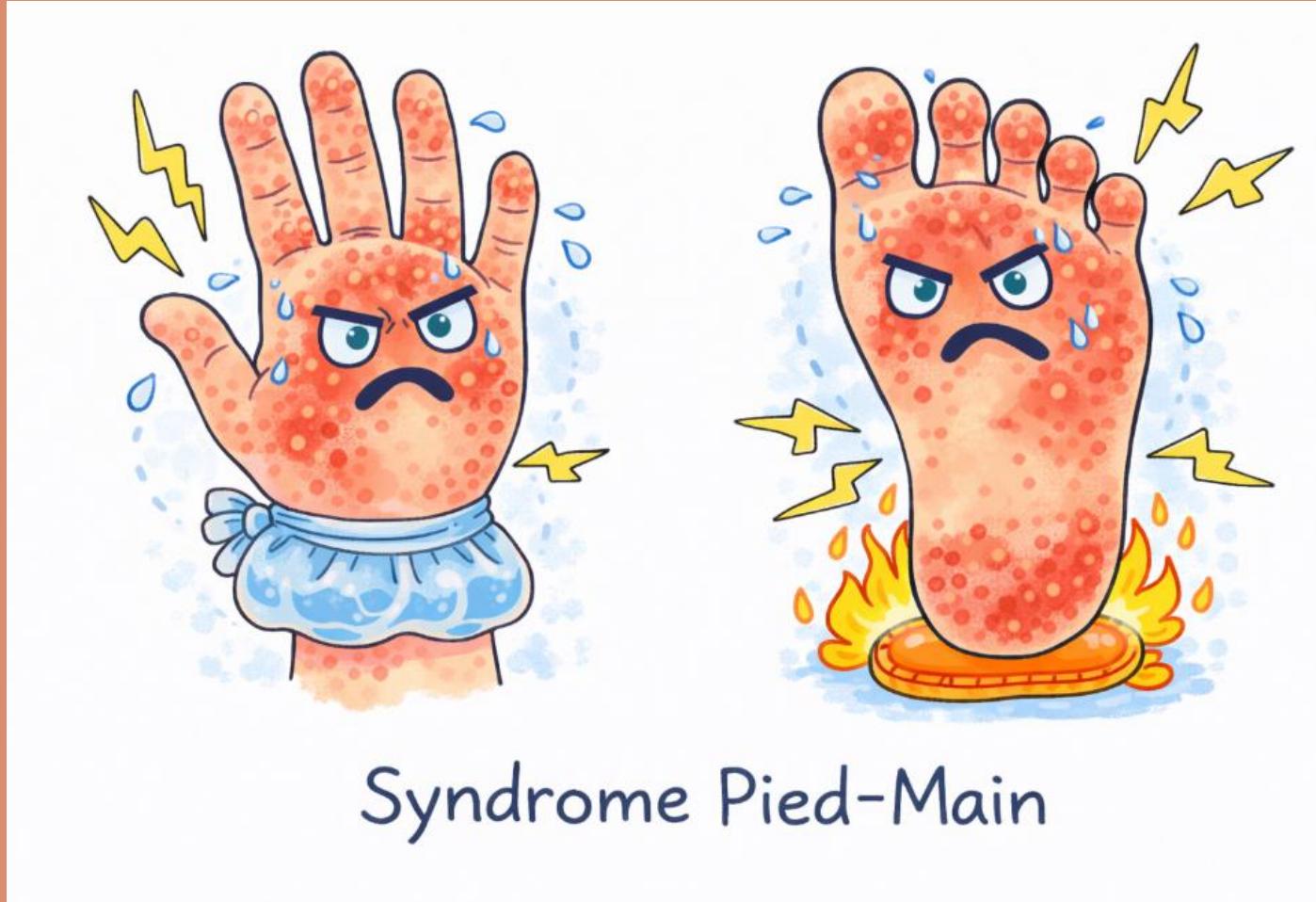
II. THÉRAPIES CIBLÉES

	Fréquence	Symptômes	Fréquence
PEAU	78%	Folliculite	71%
		Xerose	25%
		éruption Maculo-papuleuse	28%
CHEVEUX	31%	Alopecie	20%
		Alteration de la texture des cheveux	12%
		Modification Couleur	5%
MUQUEUSES	18%		
MAIN-PIED	26%		
ONGLES	30%	Paronychie	13%
		Onycholyse	9%
		Hémorragie Sub-ungueale	4%

EFFETS SECONDAIRES CUTANÉS PAR MOLÉCULES

Molécules	Erlotinib Cetuximab	Trametinib	Dabrafenib Vemurafénib	Everolimus temsirolimus	Axitinib	Sorafenib	Sunitinib	Imatimib	Vandétanib	Regorafenib
Cancers	CBNPC, pancréas, CE ORL..	Mélanome, gliome...	Mélanome, CCR...	Rein, sein, tumeurs neuroendocrines du pancréas...	Rein, sein...	CHC, Rein...	Tumeurs neuroendocrines du pancréas	LMC, mélanome, digestif...	Thyroïde	CHC
Cibles	EGFR	MEK	BRAF	mTOR	VEGFR	VEGFR2,3 , RAF, PDGFR, FLT3	VEGFR1-3, KIT, PDGFRa,b, FLT3	KIT, PDGFRb	EGFR, RET, VEGFR	Kit, PDGFR, RET, VEGFR1- 3, FGFR
Sd main-pied	-	?	++		+	++	+	-	+	++
Folliculite	++	++	-	++	-	+/-	+/-	-	++	
Cheveux	Alopécie, crépus	?	Alopécie, modification de la texture		-	Alopécie, frisés	Dépigmentation	Rare modification pigmentation	Alopécie, crépus	
Paronychies	+	+	-	+	-	-	-	-	+	
Coloration cutanée	rouge	rouge	rouge		rouge	rouge	jaune	-	rouge	rouge
Œdèmes	-	+	-		-	-	+	+	-	+
Kérato acanthome / Carcinomes épidermoïdes	-	-	++		-	+	-	-	-	-
Photo- sensibilité	-	-	++		-	-	-	-	+	
Hémorragies sous- unguérales					+	+	+		+	+
Mucites				++	+					+

II. THÉRAPIES CIBLÉES



EFFETS SECONDAIRES CUTANÉS PAR MOLÉCULES

Molécules	Erlotinib Cetuximab	Trametinib	Dabrafenib Vemurafenib	Everolimus temsirolimus	Axitinib	Sorafenib	Sunitinib	Imatimib	Vandétanib	Regorafenib
Cancers	CBNPC, pancréas, CE ORL..	Mélanome, gliome...	Mélanome, CCR...	Rein, sein, tumeurs neuroendocrines du pancréas...	Rein, sein...	CHC, Rein...	Tumeurs neuroendocrines du pancréas	LMC, mélanome, digestif...	Thyroïde	CHC
Cibles	EGFR	MEK	BRAF	mTOR	VEGFR	VEGFR2,3 , RAF, PDGFR, FLT3	VEGFR1-3, KIT, PDGFRa,b, FLT3	KIT, PDGFRb	EGFR, RET, VEGFR	Kit, PDGFR, RET, VEGFR1- 3, FGFR
Sd main-pied	-	?	++		+	++	+	-	+	++
Folliculite	++	++	-	++	-	+/-	+/-	-	++	
Cheveux	Alopécie, crépus	?	Alopécie, modification de la texture		-	Alopécie, frisés	Dépigmentation	Rare modification pigmentation	Alopécie, crépus	
Paronychies	+	+	-	+	-	-	-	-	+	
Coloration cutanée	rouge	rouge	rouge		rouge	rouge	jaune	-	rouge	rouge
Œdèmes	-	+	-		-	-	+	+	-	+
Kérato acanthome / Carcinomes épidermoïdes	-	-	++		-	+	-	-	-	
Photo- sensibilité	-	-	++		-	-	-	-	+	
Hémorragies sous- unguérales					+	+	+		+	+
Mucites				++	+					+

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Syndrome Mains-Pieds



Celui de la
chimio

Celui des
thérapies
ciblées



II. THÉRAPIES CIBLÉES - Syndrome Mains-Pieds

Chimiothérapie classique

- Diffus
- Erythème inflammatoire
- Desquamation
- Erythrodysesthésie Palmo-plantaire (microvaisseaux)



Erythrodysesthésie : Syndrome qui inclut la douleur, le picotement, l'engourdissement, la rougeur et la desquamation des mains et des pieds.

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Syndrome Mains-Pieds

Molécule à activité anti-angiogénique et/ ou à activité inhibitrice de RAF

- Plus localisé
- Prédomine sur les zones de contact
- Hyperkératose douloureuse au point d'appui
- Activité anti-angiogénique
- Ou activation paradoxale de la voie MEK/ERK
- Prédomine sur les zones de frottement et pression



II. THÉRAPIES CIBLÉES - Syndrome Mains-Pieds

GRADES NCI CTCAE VERS. 4 (Classification des effets indésirables selon leur gravité)		
1	2	3
Modifications légères de la peau ou dermite légère (érythème, œdème ou hyperkératose) sans douleur	Modifications cutanées modérées (ex : desquamation, bulles, saignement, œdème ou hyperkératose) avec douleur, interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne	Modifications cutanées sévères (ex : exfoliation, bulles, saignement, œdème ou hyperkératose) avec douleur, interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne

Les événements indésirables :

- *Grade 1 : bénins et généralement sans gravité.*
- *Grade 2 : gênants et peuvent perturber certaines activités, mais ne sont pas dangereux.*
- *Grade 3 : graves et peuvent empêcher une personne d'accomplir des actes essentiels et nécessite de mettre en pause le traitement.*

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Syndrome Mains-Pieds

PRISE EN CHARGE DERMOCOSMÉTIQUE DU GRADE 1

SYNDROMES MAIN PIED HYPERKÉRATOSIQUES	EFFET GRAISSANT HYDRATANT ET KÉRATOLYTIQUE	
	Crème ou Baume contenant de l'Urée 10% minimum	Soins podologiques adaptés (pédicure)
SYNDROMES MAIN PIED ASSOCIAIT ÉRYTHÈME ET SÉCHERESSE	EFFET GRAISSANT ET HYDRATANT	EN CAS D'APPARITION DE FISSURES
	Crème hydratante ou Baume (plus graissant)	Réparateur épidermique

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Syndrome Mains-Pieds

	PRISE EN CHARGE <u>THÉRAPEUTIQUE</u> DES <u>GRADES 1 à 3</u>		
	1	2	3
TRAITEMENT LOCAL	Hyperkératose Vaseline salicylée 30%		Erythème Bétaméthasone, pommade le soir

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Syndrome Mains-Pieds

Mesures préventives

- Limiter les traumatismes quotidiens des mains et des pieds
- Éviter les marches prolongées
- Chaussures confortables
- Chaussettes en cotons
- Éviter les bains trop chaud
- Porter des gants en coton pour les activités quotidiennes (jardinage, cuisine)
- Et gants en latex pour la vaisselle
- Emollients une fois par jour
- Prise en charge podologique (traitement de l'hyperkératose)
- Gants réfrigérants pendant la chimiothérapie

Curatives

- Emollients une fois par jour
- Dermocorticoides
- Anesthésiques locaux

II. THÉRAPIES CIBLÉES



EFFETS SECONDAIRES CUTANÉS PAR MOLÉCULES

Molécules	Erlotinib Cetuximab	Trametinib	Dabrafenib Vemurafénib	Everolimus temsirolimus	Axitinib	Sorafenib	Sunitinib	Imatimib	Vandétanib	Regorafenib
Cancers	CBNPC, pancréas, CE ORL..	Mélanome, gliome...	Mélanome, CCR...	Rein, sein, tumeurs neuroendocrines du pancréas...	Rein, sein...	CHC, Rein...	Tumeurs neuroendocrines du pancréas	LMC, mélanome, digestif...	Thyroïde	CHC
Cibles	EGFR	MEK	BRAF	mTOR	VEGFR	VEGFR2,3 , RAF, PDGFR, FLT3	VEGFR1-3, KIT, PDGFRA,b, FLT3	KIT, PDGFRb	EGFR, RET, VEGFR	Kit, PDGFR, RET, VEGFR1- 3, FGFR
Sd main-pied	-	?	++		+	++	+	-	+	++
Folliculite	++	++	-	++	-	+/-	+/-	-	++	
Cheveux	Alopécie, crépus	?	Alopécie, modification de la texture		-	Alopécie, frisés	Dépigmentation	Rare modification pigmentation	Alopécie, crépus	
Paronychies	+	+	-	+	-	-	-	-	+	
Coloration cutanée	rouge	rouge	rouge		rouge	rouge	jaune	-	rouge	rouge
Œdèmes	-	+	-		-	-	+	+	-	+
Kérato acanthome / Carcinomes épidermoïdes	-	-	++		-	+	-	-	-	
Photo- sensibilité	-	-	++		-	-	-	-	+	
Hémorragies sous- unguérales					+	+	+		+	+
Mucites				++	+					+

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Folliculite

- Lésions monomorphes papuleuses pustuleuses
- Pas de comédons ≠ acné
- Survient chez plus de 70% des patients
 - Rapidement après le début
 - Dans le 1 er mois parfois les 1 er jours
- Signes associés :
 - Brûlure
 - Prurit
 - Douleurs
- Retentissement non proportionnel à l'étendu des lésions
(impact psychologique++)



II. THÉRAPIES CIBLÉES - Folliculite



GRADES NCI CTCAE VERS. 4 (Classification des effets indésirables selon leur gravité)

1	2	3	4
< 10 % SC +/-prurit +/-sensibilité cutanée	10-30% SC +/-prurit +/-sensibilité cutanée impact psychosocial Interférence avec les activités instrumentales quotidiennes	> 30% SC +/-prurit +/-sensibilité cutanée Interférence avec les activités élémentaires quotidiennes Surinfection locale (antibiothérapie locale)	partie quelconque de la SC +/-prurit +/-sensibilité cutanée Surinfection cutanée importante (antibiothérapie IV)

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Folliculite

Prise en charge

Importance de l'échange patient / médecin

Ce n'est :

Ni une intolérance

Ni une allergie

Ni contagieux

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Folliculite

1	2	3	4
PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE			
SYSTÉMIQUE PREVENTIF ET/OU CURATIF			
Cyclines (mg/J)*: Doxycycline 100 200 mg /J Lymecycline 300 mg /J Minocycline 100 mg /J Durée du traitement > 6 semaines	Si surinfection : Prélèvement bactérien et viral Si bactérie : Arrêt cyclines Pénicilline M, Pristinamycine , macrolides Si virus herpès : Aciclovir / valaciclovir		
LOCAL			
Corticoïdes le soir (Classe II) si signe fonctionnel	Corticoïdes le soir (Classe II, III) si pas de signe de surinfection	Corticoïdes le soir (Classe III, IV sauf visage) si pas de signe de Surinfection	

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Folliculite

Camouflage par maquillage

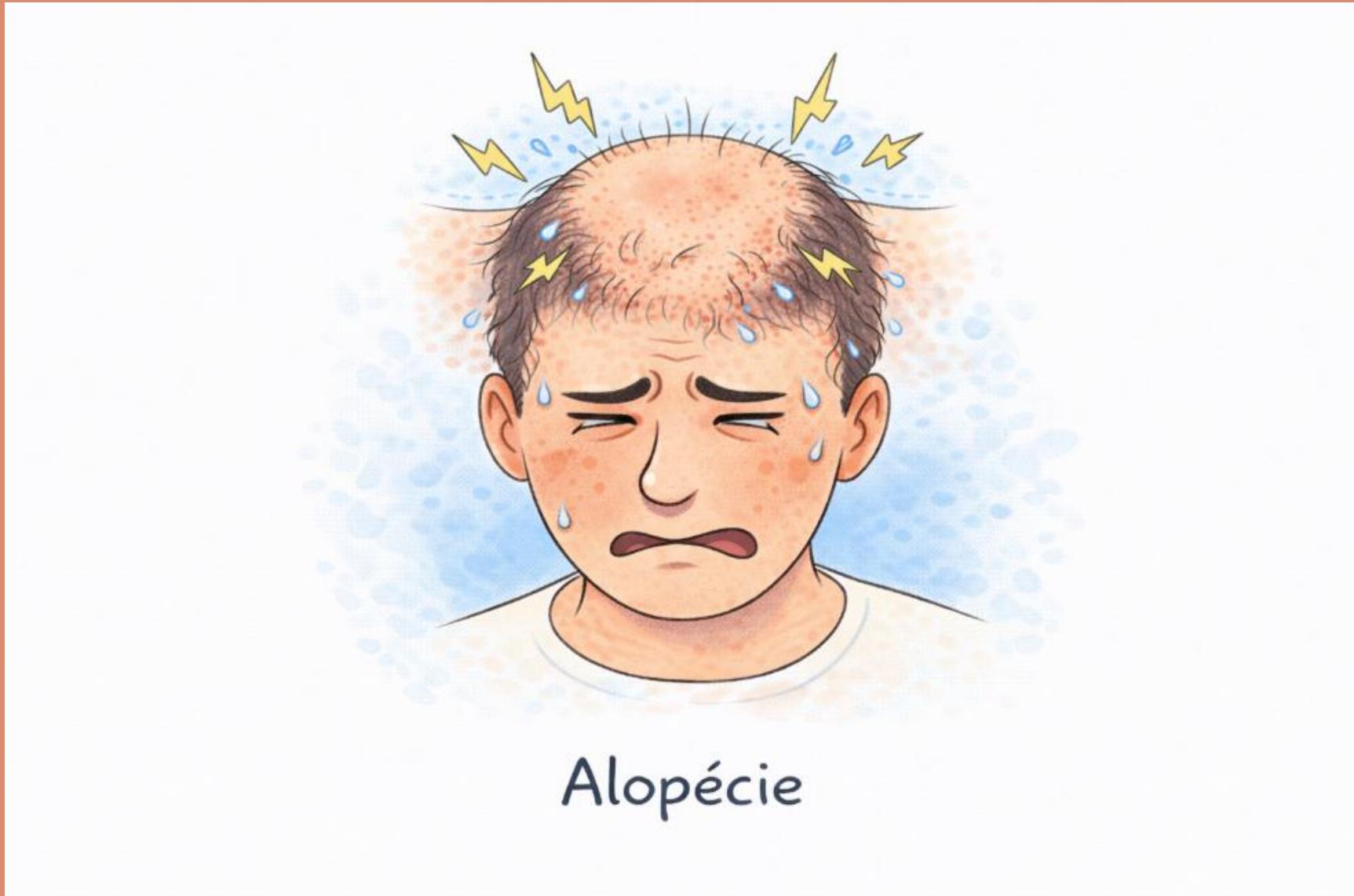


II. THÉRAPIES CIBLÉES - Folliculite

PRISE EN CHARGE DERMOCOSMÉTIQUE DES GRADES 1 A 2

NETTOYANT	HYDRATANT	MAQUILLAGE	PHOTOPROTECTION
<p>Savons liquides ou pains dermatologiques de pH proche de 5 sans parfum, ni alcool, ni extrait de fruits ou plantes</p> <p>Éviter de frotter pour ne pas induire d'irritation</p>	<p>Si un médicament topique est prescrit, protéger la peau avec une crème hydratante non comédogène sans parfum, matin et soir</p>	<p>Maquillage sans poudre, sans parfum, d'extraits de fruits ou plantes</p> <p>Le maquillage médical correcteur adapté n'aggrave pas les lésions</p> <p>Utilisation Unisexe</p>	<p>Photoprotection SPF > 30 ANTI UVB UVA lors des sorties extérieures, renouvelée tous les 2 heures sur les zones exposées à la lumière</p>

II. THÉRAPIES CIBLÉES



Alopécie

EFFETS SECONDAIRES CUTANÉS PAR MOLÉCULES

Molécules	Erlotinib Cetuximab	Trametinib	Dabrafenib Vemurafénib	Everolimus temsirolimus	Axitinib	Sorafenib	Sunitinib	Imatimib	Vandétanib	Regorafenib
Cancers	CBNPC, pancréas, CE ORL..	Mélanome, gliome...	Mélanome, CCR...	Rein, sein, tumeurs neuroendocrines du pancréas...	Rein, sein...	CHC, Rein...	Tumeurs neuroendocrines du pancréas	LMC, mélanome, digestif...	Thyroïde	CHC
Cibles	EGFR	MEK	BRAF	mTOR	VEGFR	VEGFR2,3 , RAF, PDGFR, FLT3	VEGFR1-3, KIT, PDGFRA,b, FLT3	KIT, PDGFRb	EGFR, RET, VEGFR	Kit, PDGFR, RET, VEGFR1- 3, FGFR
Sd main-pied	-	?	++		+	++	+	-	+	++
Folliculite	++	++	-	++	-	+/-	+/-	-	++	
Cheveux	Alopécie, crépus	?	Alopécie, modification de la texture		-	Alopécie, frisés	Dépigmentation	Rare modification pigmentation	Alopécie, crépus	
Paronychies	+	+	-	+	-	-	-	-	+	
Coloration cutanée	rouge	rouge	rouge		rouge	rouge	jaune	-	rouge	rouge
Œdèmes	-	+	-		-	-	+	+	-	+
Kérato acanthome / Carcinomes épidermoïdes	-	-	++		-	+	-	-	-	
Photo- sensibilité	-	-	++		-	-	-	-	+	
Hémorragies sous- unguérales					+	+	+		+	+
Mucites				++	+					+

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Alopécie

Toutes les molécules ne se valent pas... : Chimiothérapie >>> Thérapie Ciblée

Alopécie minime	Alopécie modérée	Alopécie sévère
Chlorambucil	Mitoxantrone	Epirubicine
Mercaptopurine	Methotrexate	Daunorubicine
Thiotepa – Thioguanine	Mitomycine	Adriamycine
Fotémustine	Teniposide	Paclitaxel
Sels de platine	Actinomycine	Docetaxel
Cladribine	Camptothecine	Cyclophosphamide
Gemcitabine	Bléomycine	Ifosfamide
Cytosine arabinoside C	Melphalan	Vincristine
procarbazine-témozolomide	Dacarbazine	Vindesine
Streptozotocine	Vinblastine	Topotécan
Hydroxyurée	Vinorelbine	Etoposide
L asparaginase	Capécitabine	
Fluorouracil	Irinotécan	
Carmustine		
Busulphan		

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Alopécie

Alopécie sous cytotoxiques

- Brutale
- Effluvium anagène (phase de poussée)
- Ne concerne pas les cheveux en phase télogène (phase de repos)
- Repousse dans les 3 à 6 mois après la fin de la chimiothérapie
- Aspect différent dans 50% des cas

Alopécie sous thérapies ciblées

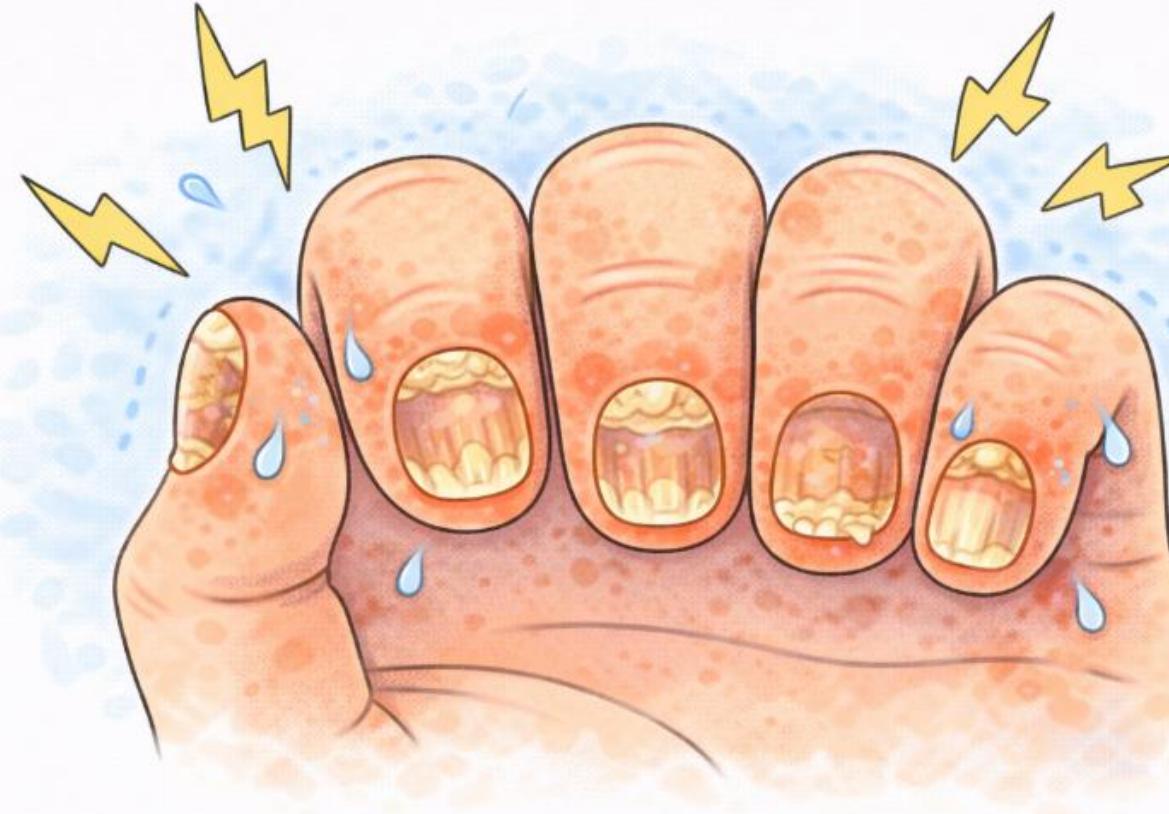
Modification de la texture des cheveux (plus fins, secs, cassants, frisés, difficile à coiffer, « paille »)

II. THÉRAPIES CIBLÉES - Alopécie

Traitements

- Pas de traitement préventif vraiment efficace
Casque réfrigérant possible
- Echange patient / médecin → Impact psychologique et social
- Pas de traitement curatif
- Recharge en fer et en vitamine, place du selenium ?
- Minoxidil local (accélère la phase de repousse) +/- Neoptide expert
- Rechercher et traiter les facteurs aggravants

II. THÉRAPIES CIBLÉES



Atteinte unguéale

EFFETS SECONDAIRES CUTANÉS PAR MOLÉCULES

Molécules	Erlotinib Cetuximab	Trametinib	Dabrafenib Vemurafénib	Everolimus temsirolimus	Axitinib	Sorafenib	Sunitinib	Imatimib	Vandétanib	Regorafenib
Cancers	CBNPC, pancréas, CE ORL..	Mélanome, gliome...	Mélanome, CCR...	Rein, sein, tumeurs neuroendocrines du pancréas...	Rein, sein...	CHC, Rein...	Tumeurs neuroendocrines du pancréas	LMC, mélanome, digestif...	Thyroïde	CHC
Cibles	EGFR	MEK	BRAF	mTOR	VEGFR	VEGFR2,3 , RAF, PDGFR, FLT3	VEGFR1-3, KIT, PDGFRa,b, FLT3	KIT, PDGFRb	EGFR, RET, VEGFR	Kit, PDGFR, RET, VEGFR1- 3, FGFR
Sd main-pied	-	?	++		+	++	+	-	+	++
Folliculite	++	++	-	++	-	+/-	+/-	-	++	
Cheveux	Alopécie, crépus	?	Alopécie, modification de la texture		-	Alopécie, frisés	Dépigmentation	Rare modification pigmentation	Alopécie, crépus	
Paronychies	+	+	-	+	-	-	-	-	+	
Coloration cutanée	rouge	rouge	rouge		rouge	rouge	jaune	-	rouge	rouge
Œdèmes	-	+	-		-	-	+	+	-	+
Kérato acanthome / Carcinomes épidermoïdes	-	-	++		-	+	-	-	-	-
Photo- sensibilité	-	-	++		-	-	-	-	+	
Hémorragies sous- unguérales					+	+	+		+	+
Mucites				++	+					+

II. THÉRAPIES CIBLÉES – Atteinte Unguéale

Quelques définitions :

- Onycholyse : Décollement de l'ongle disto-lateral
- Chromonychies : Coloration pathologique
- Paronychies ou périonyxie : Inflammation du pourtour de l'ongle, des replis latéraux et sus-unguéaux
- Hémorragies sous unguéales

Chimiothérapie >> Thérapie Ciblée

- Onycholyse → Chimio (taxanes ++)
- Paronychies → Thérapies ciblées

Couper les ongles décollés a un effet antalgique immédiat

Attention au risque de surinfection



II. THÉRAPIES CIBLÉES – Atteinte Unguéale

GRADES NCI CTCAE VERS. 4 (Classification des effets indésirables selon leur gravité)

1	2	3
Œdème ou érythème du repli cutané de l'ongle, rupture de la cuticule	Œdème ou érythème douloureux du repli cutané de l'ongle Écoulement ou séparation des couches de la tablette unguéale Traitement local ou oral Interférence avec les activités instrumentales de la vie quotidienne	Chirurgie ou antibiothérapie IV Interférence avec les activités élémentaires de la vie quotidienne

Les événements indésirables :

- *Grade 1 : bénins et généralement sans gravité.*
- *Grade 2 : gênants et peuvent perturber certaines activités, mais ne sont pas dangereux.*
- *Grade 3 : graves et peuvent empêcher une personne d'accomplir des actes essentiels comme manger ou s'habiller.*

II. THÉRAPIES CIBLÉES – Atteinte Unguéale

Traitements des paronychies

- Antisepsie +++
- Eviter les facteurs aggravants : frottements, traumatismes, manipulation
- Dermocorticoïdes (si non infecté)/ antibiotiques locaux
- Destruction mécanique : azote liquide, nitrate d'argent, acide trichloracétique
- Podologie (orthonyxie : appareillage métallique ou de résine que l'on fixe sur l'ongle)
- Chirurgie (découpage latérale de l'ongle jusqu'à la matrice, destruction bourgeon charnu au phénol)

II. THÉRAPIES CIBLÉES – Atteinte Unguéale

	1	2	3
PRISE EN CHARGE DERMOCOSMETIQUE TOUS GRADES			
CONSEILS	<p>Ne pas toucher les cuticules, limiter les soins de manucures Ne pas couper les ongles trop courts Eviter les traumatismes Protéger les mains avec des gants doublés en coton pour manipuler produits chimiques, lessives, détergents....</p>		
VERNIS FORTIFIANT	<p>Mettre un vernis protecteur sur l'ongle</p>		
HYDRATANT	<p>Masser la base de l'ongle matin et soir avec une Crème hydratante ou un Baume</p>		

II. THÉRAPIES CIBLÉES



Photosensibilité

II. THÉRAPIES CIBLÉES – Photosensibilité

Photosensibilité sous vémurafénib (anti-BRAF)

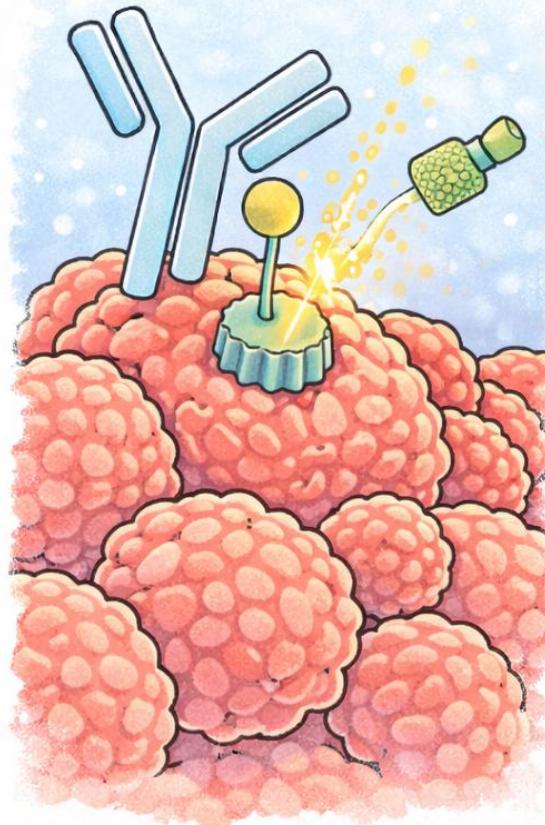
Penser à la photoprotection



- Meilleur traitement : la **prévention** : vêtements, ne pas s'exposer, consulter les indices UV, et écran solaire total
- Parfois : obligation de suspendre le traitement....

LES THÉRAPIES ANTI-CANCÉREUSES

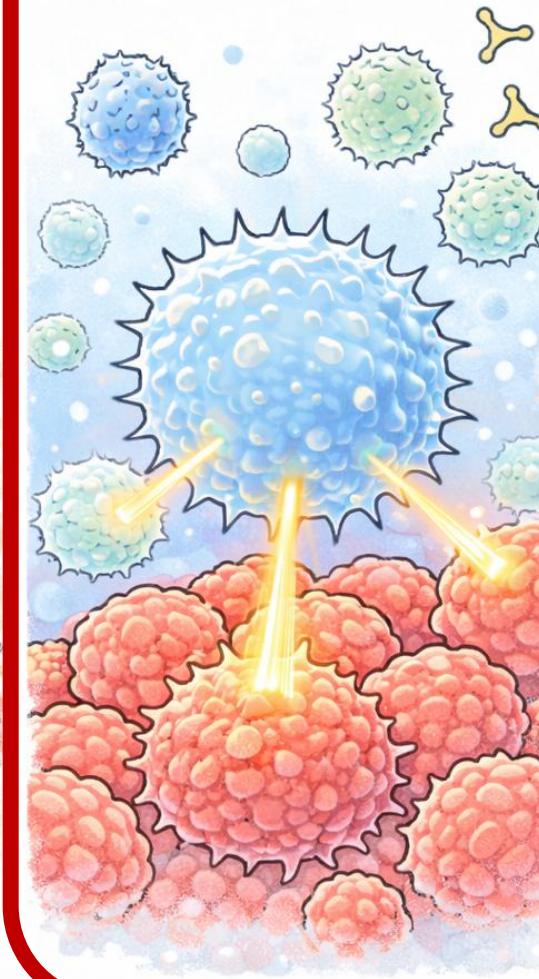
Thérapies Ciblées Anticancéreuses



Chimiothérapie cytotoxique

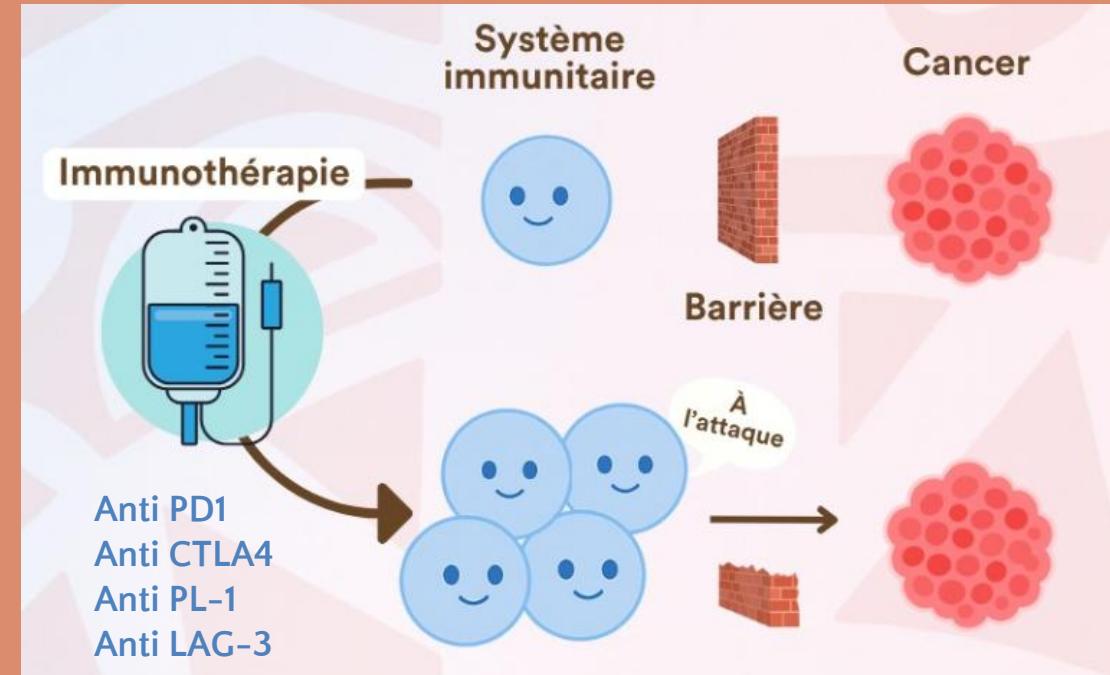


Immunothérapie



III. IMMUNOTHÉRAPIE

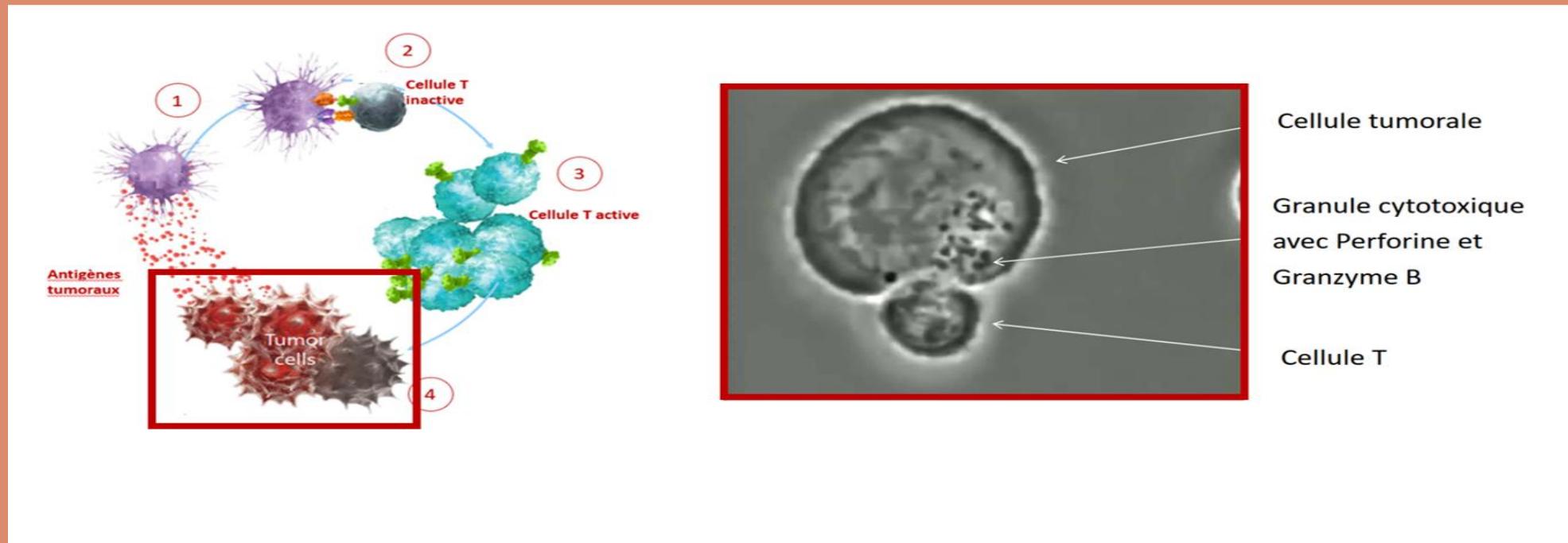
L'immunothérapie est un traitement qui vise à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses.



- 40 % des patients sous immunothérapie auront un effet cutané : importance de savoir le reconnaître pour le traiter et permettre la poursuite du traitement

III. IMMUNOTHÉRAPIE

Physiopathologie : Les toxicités cutanées impliquent des lymphocytes T et B autoréactifs avec un excès de cytokines pro-inflammatoires, expliquant le recours fréquent aux dermocorticoïdes.



III. IMMUNOTHÉRAPIE

- Réaction vitiligoïdes : plutôt liées à de bonnes réponses tumorales
- Réactions psoriasiformes et lichenoides: plutôt classiques

→ Toutes les dermatoses sont possibles !

C. Robert, Association of vitiligo with tumor response in patients with metastatic melanoma treated with pembrolizumab, JAMA Dermatol 2015, oct 21
Exacerbation of psoriasis during nivolumab therapy for metastatic melanoma. Acta Dermatol Venereol, aug 13.
Occurrence of psoriasiform eruption during nivolumab therapy for primary oral mucosal melanoma. JAMA Dermatol 2015;151:797-9

III. IMMUNOTHÉRAPIE / Prise en charge

Recommandations européennes issues de la task force ‘Dermatology for cancer patients’ de l’EADV pour la prise en charge des effets cutanés des immunothérapies :

- Émollient
- Dermocorticoïdes : Toute dermatose immuno-induite n'est pas un rash relevant d'un traitement par dermocorticoïdes
- Traitement spécifique au CAS PAR CAS ! : intérêt des (onco)-dermatologues

Rashs maculo-papuleux de grade I et II :

DC ou des anti-histaminiques et la poursuite de l'ICI. En cas de persistance ou de grade III : corticoïdes systémiques (entre 0.5 mg/kg et 2 mg/kg)

Rashs psoriasiformes de grade I : DC et des analogues de la vitamine D. Si grade II ou III : UV, rétinoïdes topiques, méthotrexate ou apremilast. Rarement biothérapies anti IL23.

Vitiligo : Pas de traitement ou DC ou tacrolimus.

PB : DC et assez rapidement corticoïdes systémiques (grade II-III-IV, A) avec une hospitalisation en unité intensive pour les grade IV.

IV. RADIOTHÉRAPIE



IV. RADIOTHÉRAPIE- Radiodermites

Radiodermite : inflammation de la peau causée par l'exposition aux rayonnements ionisants.

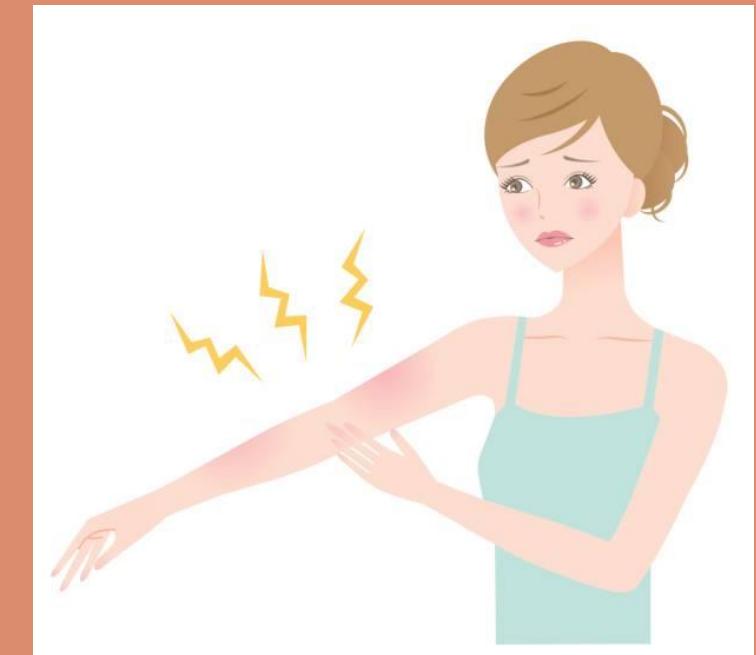
- Érythème
- Dépilation
- Desquamation
- Ulcération

LIMITÉES A LA ZONE IRRADIÉE

En cours d'irradiation (à partir de la 3ème semaine)

Séquelles possibles :

- Xérose
- Hypopigmentation
- Hyperpigmentation
- Télangiectasies
- Atrophie cutanée



IV. RADIOTHÉRAPIE- Radiodermites

GRADES NCI CTCAE VERS. 4 (Classification des effets indésirables selon leur gravité)

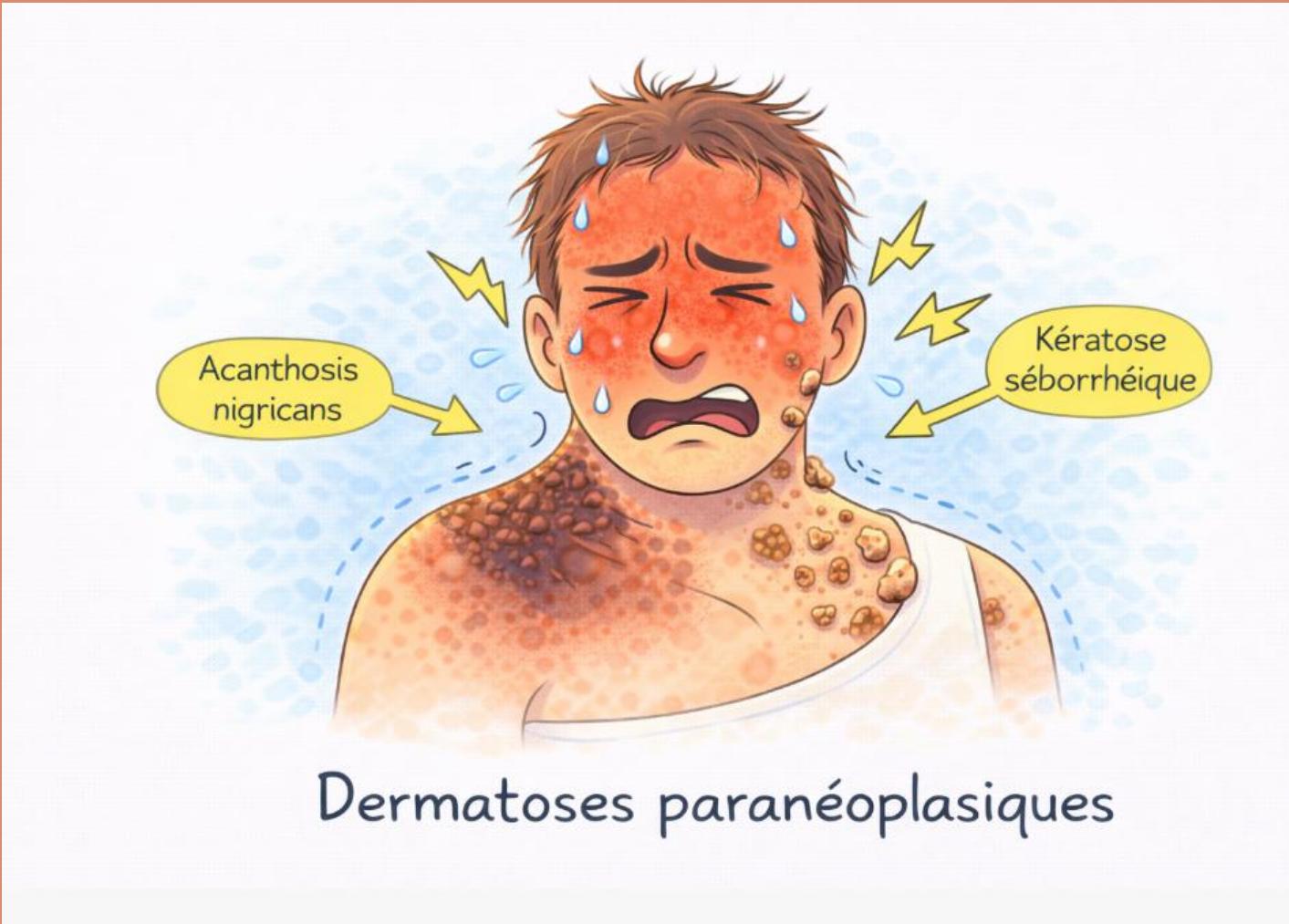
1	2	3	4
Faible érythème ou desquamation sèche	Erythème modéré à vif Desquamation suintante en plaques affectant principalement les plis et replis cutanés Œdème modéré	Desquamation suintante en plaques affectant d'autres zones que les plis et replis cutanés Saignement induit par des traumatismes ou abrasions mineurs	Mise en jeu du pronostic vital Nécrose cutanée ou ulcération de toute l'épaisseur du derme Saignement spontané des sites affectés Indication des greffes cutanées

IV. RADIOTHÉRAPIE

PRISE EN CHARGE DERMOCOSMÉTIQUE DES <u>GRADES 1 ET 2</u>	
CONSEILS	Peau propre et sèche au moment de la séance de radiothérapie Application possible d'une crème jusqu'à 1h avant la séance
NETTOYANT	Savons liquides ou pains dermatologiques de pH proche de 5, sans parfum ni extrait de fruits ou plantes Éviter de frotter pour ne pas induire d'irritation
HYDRATANT	Crème ou Baume hydratant, sans parfum, sans lanoline, non comédogène Hydratation de la zone irradiée matin et soir
PHOTOPROTECTION	Crème solaire SPF 30+ avec une protection anti UVB-UVA si la zone irradiée est exposée à la lumière
RÉPARATEUR	Réparateur épidermique : en cas de fissures ou érosions

V. DERMATOSES PARANÉOPLASIQUES

Toute dermatose sous traitement anti-cancéreux n'est pas nécessairement induite par la molécule !



V. DERMATOSES PARANÉOPLASIQUES

Syndromes quasi toujours paranéoplasiques

Ces syndrômes surviennent lorsqu'un cancer entraîne des symptômes inhabituels liés à la production de substances circulantes (hormones produites par la tumeur ou anticorps fabriqués par le système immunitaire. Elles peuvent perturber le fonctionnement de différents tissus et organes, et induire des symptômes dans des régions éloignées de la tumeur.

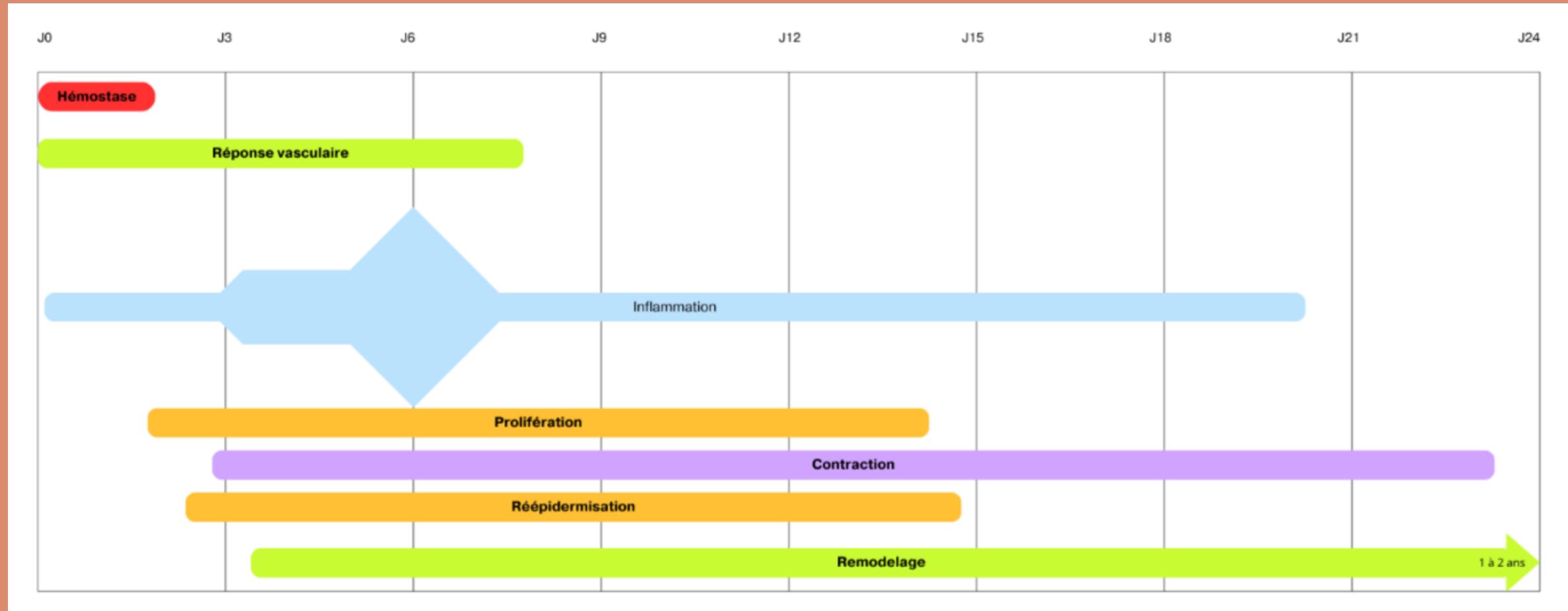
Acrokératose de Basex	CE VADS (90 %)
Érythème gyratum repens de Gammel	Estomac (40 %)
Erythème nécrolytique migrateur	Glucagonome (100 %)
Hypertrichose lanugineuse acquise	Cancers viscéraux, lymphomes
Syndrome de Lambert Eaton	CBPC
Neuropathie sensitive paranéoplasique (Denny-Brown)	CBPC
Encéphalomyélite subaiguë	CBPC
Dégénérescence cérébelleuse subaiguë	CBPC, ovaire, sein, utérus
Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique	CBNPC
Syndrome carcinoïde	Tumeur carcinoïde
Syndrome de Zollinger-Ellison	Gastrinome pancréatique
Syndrome POEMS ou de Crow- Fugace	Affections plasmocytaires malignes

CE VADS : Cancer des voies aéro-digestives, CBPC : Cancer bronchique à petites cellules, CBNPC : Cancer bronchique non à petites cellules

V. SOINS POST-OPÉATOIRES



V. SOINS POST-OPÉATOIRES



V. SOINS POST-OPÉATOIRES

Phase	Aspect de la plaie	Objectif principal	Moyens / Types de pansements
Phase de nécrose	Plaie sèche avec plaque de nécrose (noire)	Hydrater et favoriser la détersion	Gels amorphes
Phase fibrineuse	Plaie fibrineuse et exsudative (jaune)	Absorber et maintenir un milieu humide	Alginates, Hydrocellulaires, Charbon actif + argent (si infection)
Phase de bourgeonnement	Plaie bourgeonnante (rouge vif)	Absorber l'exsudat et préserver le tissu de granulation	Hydrocellulaires, Hydrocolloïdes
Phase d'épidermisation	Plaie en épithérialisation (rose)	Protéger et éviter les traumatismes	Films hydrocolloïdes, Interfaces transparentes

V. SOINS POST-OPÉATOIRES

Quelques règles simples :

- Toujours nettoyer la plaie (ne pas la laisser sous le pansement jusqu'au prochain RDV..) : idéalement eau + savon
- La cicatrisation doit se faire en milieu humide (ne pas laisser la plaie « sécher » : croyance populaire++) : soit pansement soit crème grasse
- En cas de croute : ne pas arracher mais accompagner la cicatrisation (milieu humide++)
- Privilégier les douches que les bains (au moins 1 mois)
- Eviter les activités sportives mettant en tension la cicatrice jusqu'à l'ablation des fils

VI. REFERENCES..pour aller plus loin

Groupe Freskimo

C. Robert, Association of vitiligo with tumor response in patients with metastatic melanoma treated with pembrolizumab, JAMA Dermatol 2015, oct 21

Exacerbation of psoriasis during nivolumab therapy for metastatic melanoma. Acta Dermatol Venereol, aug 13.

Occurrence of psoriasiform eruption during nivolumab therapy for primary oral mucosal melanoma. JAMA Dermatol 2015;151:797-9

L'Orphelin et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;00:1–16.

chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/for-sites/adverse-events/ctcae-v5-5x7.pdf

<https://www.cancer-et-peau.com/patients/gestion-toxicites>

EADV task force



