



Toxicité cutanée des thérapies ciblées

18 Septembre 2025

Lucie Peuvrel

Onco-dermatologue

Plan : toxicité cutanée des thérapies ciblées

- **Toxicités non spécifiques**
 - Xérose cutanée, rash, anomalies capillaires
 - Quelques **toxicités spécifiques** :
 - **Anti-MEK** : folliculite, atteinte périunguéale
 - **Anti-RAF** : syndromes mains pieds hyperkératosiques, proliférations kératinocytaires...
-

Toxicité cutanée

- Rarement sévère
 - Parfois **invalidante** surtout pour les traitements prolongés
 - Nouveaux traitements peuvent donner de **nouvelles toxicités**, parfois totalement inconnues
-

Conseils à instaurer en prévention systématique

- **Produit d'hygiène adapté** dans tous les points d'eau
 - Liquide ou solide : savon sans savon, syndet, savon surgras, pain dermatologique
 - **Éviter** le savon de Marseille, le liquide vaisselle
 - **Pas** d'hygiène excessive ou d'antiseptiques
 - Bien se rincer après les baignades (mer, piscine)
 - **Crème hydratante** à adapter à la sécheresse de la peau
 - **Éviter les irritants** en utilisant :
 - Textiles doux
 - Produits **sans alcool**, plutôt sans parfum
-

Xérose

Tous les traitements oncologiques



Prise en charge

- **Insister** sur :
 - les **crèmes hydratantes** (zones gênantes +++),
 - les **produits de toilette** adaptés y compris pour le lavage des mains,
 - le port de **gants**
-

Xérose cutanée

- **Emollients** +++ : à volonté sur les zones gênantes
 - Remboursés :
 - **Dexeryl** ; PMR 70% **cold cream fluide codexial** / 30% **glycérolé d'amidon** ; PMR **cold cream du codex** ; PMR **cérat de Galien...**
 - Corps / visage (privilégier les moins gras)
 - Les plus gras = **baumes** : **xémose baume** (uriage), **xeracalm baume** (avène), **exomega baume** (aderma), **lipikar baume AP+** (la roche posay), **Atoderm intensive** (bioderma)...
 - Moins gras : **Xémose crème** (uriage), **Cold cream**, **Eucerin omega 12%**, **Exomega crème** (aderma), **Xeracalm crème** (avène) , **xerial 10** (SVR)...
 - Attention aux produits bio, naturel, huiles essentielles...

Fissures

- Cicatrisants : **Bariederm fissure[®]** , **Urgo repair[®]** ...
 - Pansement occlusif par hydrocolloïdes (**duoderm fin[®]**) ?
 - **Emollients** à volonté
 - **Nettoyage** des mains dans tous les points d'eau avec **nettoyant surgras +++**
-



Rash maculo-papuleux

Thérapies ciblées (KITi, antiangiogéniques, ciclib, BRAFi, PI3Ki...)

Immunothérapies

Chimiothérapie (taxanes, alimta, temodal, caelyx, methotrexate...)



Rash maculo-papuleux

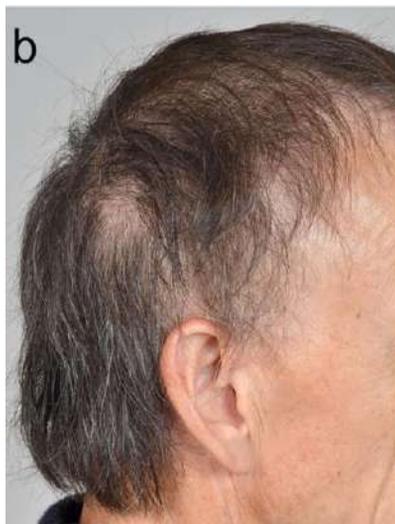
- **Émoullients**, produits **nettoyants** surgras
 - **Dermocorticoïdes** seulement si prurit ou aspect eczématiforme
-

Anomalies capillaires

Nombreuses thérapies ciblées



Toutes les
thérapies
ciblées



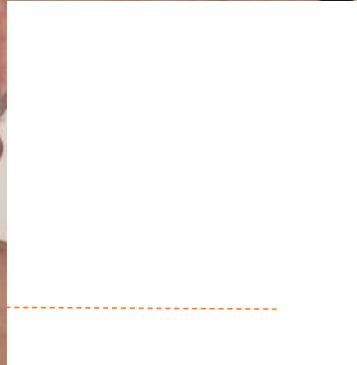
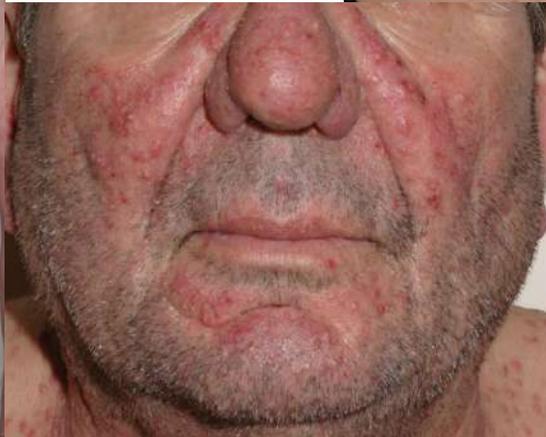
Toxicités spécifiques des inhibiteurs de MEK, EGFR et mTOR

Folliculite (ou rash acnéiforme)

Thérapies ciblées (anti EGFR, anti MEK)



Anti EGFR





Anti MEK



Prise en charge

- **Cyclines** (**doxycycline** ou **lymecycline**). En préventif pour les anti-EGFR, non défini pour les anti-MEK seuls
 - **Soins d'hygiène** doux
 - **Protection solaire** (cyclines)
 - **Dermocorticoïdes forts** : 1/j sur les lésions
 - **Emollient** dès apparition d'une **sécheresse**
-

Paronychie = périonixis

Thérapies ciblées (anti EGFR, anti MEK)

Prise en charge



- **Cyclines ?**
 - **Dermocorticoïdes très forts (dermoval[®] crème)**
 - **Désinfection** quotidienne : **bétadine**, **chlorhexidine**
 - **Antibio adapté** pour les rares surinfections si signes cliniques d'infection et prélèvement bactério +
-

Paronychie = périonyxis

- **Conseils** associés :

- Couper les ongles non à ras (à 1 mm)
 - Attention aux **soins instrumentaux de podologie-pédicurie** : doux+++ en évitant tout acte agressif. Faire **courrier**
 - Eviter les trauma locaux : chaussures serrées, bricolage...
-

Toxicités spécifiques des anti-RAF

Thérapies ciblées (anti BRAF et certains anti-angiogéniques)

Syndrome mains-pieds hyperkératosique = des thérapies ciblées

Thérapies ciblées (anti BRAF et certains anti-angiogéniques)



Syndrome mains-pieds hyperkératosique

- Adaptation posologique du TKI si possible
- Emollients
- Dermocorticoïdes si érythème ou douleur intense
- DéterSION chimique ???
 - Urée, acide salicylique
 - Risque ++ sur la peau périphérique, à protéger par vernis
- Éviter traumatismes locaux +++ :
 - chaussage adapté, semelles (podologue +++)
 -  soins instrumentaux de pédicurie, chaleur / froid



Syndrome mains-pieds des thérapies ciblées : prévention

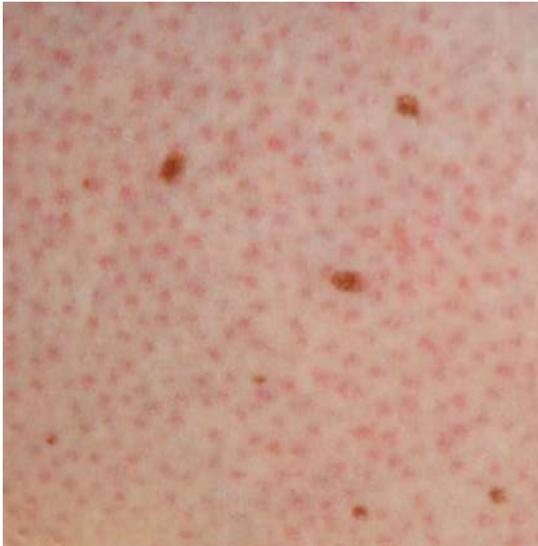
- Avant le début du traitement, regarder les **pieds +++** et les **mains** : hyperkératose ?
 - **Diagnostic podologique** pour limiter l'hyper-appui et traiter les anomalies préexistantes
 - **Eviter le frottement +++**, les traumatismes locaux :
 - Chaussures serrées
 - Station debout prolongée
 - Traumatismes (surtout 1er mois)
-

Autres proliférations kératinocytaires

Thérapies ciblées (anti BRAF et certains anti-angiogéniques)

• Multiples formes cliniques

- Hyperkératose des gencives
- Kératose pilaire
- Papillomes cutanés, lésions verruqueuses





Conclusion

- Toxicité cutanée **fréquente** et **variée**, rarement menaçante mais affichante
 - Des mesures simples sont souvent utiles en **préventif** comme en **curatif** : cosmétiques, adaptation des produits d'hygiène...
 - Intérêt d'une **collaboration pluridisciplinaire** pour les cas difficiles
-

Merci de votre attention

Onycholyse

- **Chimiothérapies** ++++ : taxanes, méthotrexate, fluorouracile, doxorubicine...
 - **Thérapies ciblées** : anti EGFR, inhibiteurs de mTOR, inhibiteurs de MEK...
-

Onycholyse

- **Tableau clinique**
 - **Décollement** brutal, **douloureux** entre la tablette unguéale et le lit de l'ongle
 - **Ecoulement** malodorant fréquent initialement
 - Se complique parfois **d'hématomes** sous-unguéaux, souvent surinfectés
-



Conduite à tenir ?

Onycholyse

- **Découpage** prudent, régulier, de l'ongle décollé pour diminuer les douleurs, éventuellement par le **podologue**
 - **Désinfection** quotidienne courte tant que les suintements persistent, pas de bain de pieds prolongés
 - En cas de doute sur une infection (rare), discussion d'antibiotiques
-

Onycholyse

- **Prévention** spécifique

- Port de gants et chaussettes réfrigérants :
diminution d'environ 50% de la toxicité
- **Couper les ongles** courts
- Eviter d'utiliser les ongles comme « outils »
- Port de gants pour manipuler les produits irritants,
port de chaussures larges
- Vernis anti-UV ??

1. Huang, et al. Eur J Cancer Care. 2019 Sep;28:e13118

2. Marks, et al. JAMA Dermatol. 2018 Dec 1;154(12):1465-72

MUCITE

Inhibiteurs de mTOR, anti-angiogéniques, chimiothérapie,
radiothérapie

TC



Prise en charge

- **Avis médical**
 - **Bains de bouche** adaptés (bicarbonate, Aspegic[®], cicatrisant Ulcar[®], anti-champignons, corticoïdes...)
 - **Antidouleurs** et notamment anesthésiques locaux parfois indiqués
 - En cas de perte de poids : **compléments alimentaires**, avis d'une diététicienne...
 - **Cosmétiques et précautions**
 - Stimuler la **salivation** (bonbons, chewing-gum, glaçons, hydratation générale et locale...)
-

Prise en charge

- **Prévention spécifique**
 - **Bains de bouche** au bicarbonate
 - **Soins dentaires** +++, entretiens prothèses
 - **Brossage de dents**
 - **Éviter** : alcool, tabac, épices, certains aliments irritants ...
-

Stomatite : inhibiteurs de mTOR

- Érythème, œdème
 - +/- **ulcérations** aphtoïdes, sensations de brûlure, dysgueusie
 - **Traitement** :
 - **Préventif** +++ : traitement des foyers infectieux dentaires
 - **Curatif** : bonne hygiène bucco-dentaire, bains de bouche, corticoïdes locaux
-

Alopécie

Chimiothérapie : taxanes, étoposide, cyclophosphamide, doxorubicine, daunorubicine, adriamycine, irinotécan, épiburubicine, ifosfamide, topotécan...

Thérapies ciblées : anti-angiogénique, anti-EGFR, inhibiteur de MEK, inhibiteur de RAF, inhibiteur de SMO, inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines 4 et 6

Hormonothérapie

Radiothérapie

Alopécie

- **Affichant** : évoque un cancer
- Souvent mal vécu et **appréhendé ++**
- Peut concerner la **densité** capillaire, sa **texture** ou sa **couleur**, mais aussi les **poils à distance**

Chimio



Ribociclib



Palbociclib



• Chimiothérapie

- **Chute** +/- complète des cheveux, souvent brutale et précoce (après 1 à 3 semaines),
- **Repousse** 1 à 6 mois après l'arrêt, avec un aspect différent de celui pré-chimiothérapie dans > 50% des cas (fin, densité, gris)

• Hormonothérapie

- Diminution de densité dans les **localisations androgéniques** : golfes temporaux, vertex

• Thérapie ciblée

- Souvent : modification de **texture**, diminution modérée de densité progressive
- Plus rarement : diminution importante de **densité**

• Radiothérapie

- Chute des poils dose-dépendante

Traitement

- Efficacité modeste du **minoxidil** pour accélérer la repousse
 - Jouer sur la coiffure, proposer de **couper les cheveux plus courts...**
 - Eviter les teintures, permanentes...
 - **Soutien** psychologique
 - **Prothèse capillaire, foulards...**
-

Alopécie persistante : prise en charge

- **Difficile**, mal codifiée
 - **Soutien psychologique** si besoin
 - **En prévention** :
 - **Casque réfrigérant** encadrant la chimiothérapie de 15-30 mn pour les taxanes et les anthracyclines
 - **En curatif** : non remboursés sauf prothèse
 - **Prothèse** capillaire, chapeau, foulard
 - Pour les sourcils : **maquillage** voire **tatouage**
 - **Minoxidil** 5% 1 fois par jour
 - **Spironolactone** à visée antiandrogénique ?
-

Etudes cliniques

- Multiples études sur la **prévention de l'alopecie aigue** par les casques et **l'amélioration de la repousse** :
 - 1 étude japonaise de 2019¹ : 48 patientes : 86% vs 50% de repousse de > 50% à 12 semaines si casque
 - Plusieurs méta-analyses² : risque divisé par 3-4
- Une étude espagnole de 2018 sur les **alopécies persistantes** pour taxotère > 400mg/m² : 120 patientes, suivi de 8 ans³ :
 - 0,8% (1 patiente) gr 1, 0 gr 2 avec casque
 - versus 42 et 9% sans casque

1. Kinoshita, et al. Front Oncol. 2019 Aug 6;9:733

2. Barros Silva, et al. An Bras Dermatol. 2020;95(5):631_7

3. Martin, et al. Breast Cancer Res Treat. 2016 Jun;157(2):395-400