

DERMATOLOGIE PRATIQUE

La plus forte audience de la presse dermatologique

Prise en charge dermo-esthétique dans les soins de support en oncologie

Éditorial

Le développement des soins de support a contribué pour une part importante au développement des soins ambulatoires en cancérologie, en permettant de mieux gérer les toxicités induites par les traitements. Pour un grand nombre de patients, cela se traduit par la possibilité de maintenir un lien social, familial, amical, fragilisé, voire rompu, par la maladie.

À cet égard, les toxicités cutanées occupent une place particulière ; d'abord, par leur caractère visible, qui rappelle la maladie au patient et qui en est la marque extérieure vis-à-vis des autres, parfois la seule : sécheresse cutanée parfois majeure, éruptions cutanées diverses (type acné sévère par exemple), érythème, modification de la pilosité, chute des cheveux, atteintes des ongles... Ensuite, il s'agit d'une toxicité souvent sous-estimée par les équipes soignantes, car considérée comme peu grave selon les critères habituels d'évaluation (critères OMS par exemple) parce que, en général, elle ne met pas en jeu le pronostic vital. Or, le caractère chronique et visible de ces toxicités peut avoir un impact physique et psychologique important pour les patients entraînant des problèmes d'observance, en particulier avec les thérapeutiques orales.

Les dermatologues sont devenus des partenaires incontournables pour les oncologues. Il s'agit, en priorité, de ne pas méconnaître une toxicité sévère (une toxidermie par exemple), mais aussi pour ces toxicités cutanées, de conseiller les soins appropriés et d'orienter le travail des esthéticiennes et socio-esthéticiennes auprès des patients. Les soins de la peau, des cheveux et des ongles, les conseils esthétiques, dans ce contexte, ne sont pas des « soins de confort » optionnels, mais font bel et bien partie intégrante de la prise en charge de qualité que méritent nos patients.

Le Dr Christine Matéus, onco-dermatologue à l'Institut Gustave-Roussy, a été une des premières avec le Pr Caroline Robert à s'intéresser à ce sujet en ouvrant, il y a plusieurs années, une consultation dédiée à la prise en charge des patients souffrant de toxicités cutanées des thérapeutiques anticancéreuses. Son article dresse un panorama, toujours plus d'actualité, de ce sujet.

Dr Mario DI PALMA

Oncologue médical, Chef du Département ambulatoire,
Institut Gustave Roussy, membre du Conseil
d'administration de l'Association francophone pour les soins
oncologiques de support (AFSOS, www.AFSOS.org)

C. MATEUS, M. THOMAS

Service de dermatologie du Pr C. ROBERT

Département d'oncologie médicale

Institut Gustave-Roussy – Campus cancer Grand Paris

Prise en charge dermo-esthétique dans les soins de support en oncologie

L'arsenal thérapeutique en cancérologie a subi plusieurs révolutions en un demi-siècle. Après les premiers alkylants, suivront les antifolates, les alcaloïdes, les taxanes et de nombreuses familles de cytotoxiques. Dans les années 1990, la recherche en biologie des cancers fait émerger des cibles moléculaires potentielles permettant aux thérapeutiques de bloquer de manière spécifique les cellules tumorales. Ces thérapies ciblées sont venues supplanter les poisons cellulaires et leur arrivée marque le début de la prise en charge « personnalisée » du patient. La troisième révolution a vu l'avènement des immunothérapies. Ces molécules, capables de « rééduquer » le système immunitaire contre les cellules malignes, nous permettront peut-être de déclarer les patients non plus en rémission mais en voie de guérison. Malgré les progrès successifs, les effets secondaires n'ont pas diminué. La toxicité s'est modifiée avec l'émergence des différentes familles thérapeutiques, mais elle reste un facteur parfois limitant et un problème dans la compliance des patients. La toxicité cutanée, souvent non grave, est fréquente et constante avec l'ensemble des traitements. Face à ces effets secondaires à la fois visibles et inconfortables, voire douloureux, les patients se sentent peu écoutés et aidés. Une bonne connaissance et une meilleure maîtrise de ces effets secondaires faciliteront le maintien au long cours des traitements devenus ceux d'une maladie chronique. L'utilisation de produits cosmétiques et de maquillage adaptés, parfaitement tolérés, avec les conseils de professionnels de santé et de socio-esthéticiennes permettront d'accompagner au mieux la prise en charge dermatologique.



Christine MATEUS
Département
d'oncologie médicale,
Institut Gustave-Roussy –
Campus cancer Grand Paris



Mario DI PALMA
Oncologue médical, Chef
du Département ambulatoire,
Institut Gustave Roussy, membre
du Conseil d'administration de
l'Association francophone pour les
soins oncologiques de support

> Les onychopathies

- **L'onycholyse** correspond à un décollement de l'ongle plus ou moins important par rapport au lit unguéal et la pulpe. Les douleurs ressenties par les patients sont dues à la mobilisation de la matrice (racine de l'ongle) à chaque manipulation. Le décollement favorise les surinfections, sources de douleurs. Cette toxicité, connue de longue date avec les cytotoxiques, notamment les taxanes, la capécitabine, le 5-fluorouracile, les anthracyclines, est fréquente, atteignant jusqu'à 30 % des patients sous docétaxel⁽¹⁾. Les thérapies ciblées et les

immunothérapies sont peu pourvoyeuses d'onycholyse.

Plusieurs hypothèses physiopathologiques sont avancées : une modification de l'angiogenèse des extrémités, une toxicité directe des cytotoxiques sur le lit de l'ongle et une origine neurologique par dénervation sympathique. Ce dernier mécanisme est sous-tendu par l'observation d'un respect des membres paralysés ou atteints d'une destruction du plexus brachial lors du traitement d'un cancer du sein par exemple^(2,3).

La prise en charge reste symptomatique. Le geste le plus efficace est de réaliser la découpe de l'ongle décollé qui permet



Figure 1. À gauche : onycholyse de l'ensemble des ongles des doigts sous taxanes. Soins de pédicurie avec découpe des ongles décollés.
À droite : paronychie sous inhibiteur de l'EGFR traitée par soins de pédicurie avec découpe de l'ongle sous-jacent et application de nitrate d'argent ou dermocorticoïdes ou nitrate d'argent.

un soulagement immédiat des patients et d'éviter les infections (*figure 1*). Il est souvent nécessaire que ce geste soit réalisé au cabinet médical ou à l'hôpital, par un médecin, une infirmière ou un podologue. De manière préventive, le port de gants et de chaussettes réfrigérés a montré un bénéfice sur l'apparition de l'onycholyse et du syndrome main-pied sous docétaxel dans une étude randomisée où les patients étaient leur propre contrôle⁽¹⁾. Cette méthode, inconfortable et d'indication très limitée, n'est utilisable que pour les patients traités par voie intraveineuse de courte durée.

L'utilisation de vernis enrichi en silicium et en urée, anti-UV, est très souvent préconisée pour protéger les ongles d'une possible onycholyse et maintenir leur niveau d'hydratation, même si cette pratique n'a pas prouvé à ce jour son efficacité. Il est important de communiquer au patient les facteurs favorisant les atteintes unguéales comme les traumatismes, manipulations, mauvaise découpe de l'ongle, etc.

- **Des dyschromies unguéales** (modification de couleur) sont décrites avec les mêmes molécules cytotoxiques ; elles sont réversibles à l'arrêt des traitements.

On les décrit aussi avec certaines thérapies ciblées, notamment l'imatinib.

- **Des hémorragies sous-unguéales** sont décrites essentiellement avec les antiangiogéniques. Ces hémorragies en flammèche sont probablement liées à la fragilisation des capillaires distaux soumis à des microtraumatismes chroniques et disparaissent spontanément en quelques semaines.

- **Les lignes de Beau** correspondent à un arrêt brutal de la croissance de l'ongle avec, lors de la repousse, l'apparition d'une ligne horizontale dystrophique témoignant de « l'ischémie » transitoire. On décrit ces lignes au cours des traitements cytotoxiques⁽⁴⁾.

- Les immunothérapies anti-CTLA4 et anti-PD1/PDL1 peuvent aggraver des **dystrophies unguéales** préexistantes dans des contextes de psoriasis, lichen, ou les induire⁽⁵⁾.

> Les paronychies ou périonyxis

Les paronychies correspondent à une inflammation du pourtour de l'ongle avec formation d'un bourgeon charnu simulant un aspect clinique « d'ongle

incarné ». Ce symptôme est commun aux cytotoxiques (taxanes, capécitabine, 5-fluorouracile, anthracyclines, bléomycine, cyclophosphamide, ifosfamide), mais également aux thérapies ciblées (inhibiteurs de l'EGFR, de MEK, de mTOR). Les lésions, très douloureuses, apparaissent après plusieurs semaines de traitement, avec une prédilection pour les orteils, entraînant un important retentissement dans la vie courante (marche, chaussage, préhension des objets pour l'atteinte des doigts).

Leur prise en charge est difficile car les lésions sont le plus souvent récidivantes avec des évolutions chroniques par poussées-rémissions. Elle repose sur la destruction chimique ou mécanique du bourgeon charnu⁽⁶⁾. En cas d'inflammation limitée, les traitements locaux par dermocorticoïdes, nitrate d'argent, voire acide trichloroacétique peuvent suffire (*figure 1*). Lorsque l'inflammation est importante ou récidivante, une exérèse chirurgicale du bourgeon charnu et de la bande d'ongle sous-jacente avec sa matrice est nécessaire. La conséquence est l'absence de repousse unguéale en regard de cette bande avec un ongle définitivement plus étroit.

Des crèmes ou huiles nourrissantes peuvent être intéressantes en complément.



Figure 2. À gauche : syndrome main-pied sous anthracyclines. À droite : syndrome main-pied hyperkératosique sous inhibiteur de BRAF.

> Le syndrome main-pied (SMP)

Ce symptôme bien connu et fréquent sous cytotoxiques (taxanes, anthracyclines notamment pégylées, 5FU, capécitabine, cytarabine) est également au premier plan de la toxicité cutanée observée sous les nouvelles thérapies ciblées (antiangiogéniques et inhibiteur de BRAF)^(7,8). Il apparaît après plusieurs semaines de traitement et évolue en 3 phases : des dysesthésies, suivies d'une phase hyperhémique avec érythème et œdème ; puis la formation de crevasses, de décollements sous cytotoxiques (*figure 2*) et, à l'inverse, de zones hyperkératosiques sur les zones de pression ou de frottement sous thérapies ciblées (*figure 2*).

Plusieurs mécanismes sont évoqués pour expliquer la survenue des SMP, notamment une réaction inflammatoire ou une réaction immunoallergique. Le mécanisme privilégié est celui de la toxicité directe sur les kératinocytes et les glandes eccrines. Plus récemment, l'observation d'un SMP très hyperkératosique sous inhibiteur de BRAF, assez similaire à celui observé sous sorafenib, pourrait apporter une autre explication avec une atteinte directe des

kératinocytes via l'activation paradoxale de la voie Raf kinase et expliquer ainsi le caractère hyperkératosique. En effet, les inhibiteurs de BRAF entraînent un blocage de la voie d'activation Raf kinase et une inhibition de la prolifération cellulaire, sur les cellules porteuses d'une mutation V600 du gène BRAF. À l'inverse, une prolifération de cellules non porteuses de mutation de BRAF est observée, par une activation paradoxale de la voie Raf kinase. Les kératinocytes non mutés BRAF sont donc susceptibles d'avoir une prolifération accélérée sous l'effet des inhibiteurs de BRAF, d'où une hyperkératose^(9,10). La localisation aux extrémités pourrait s'expliquer par : un renouvellement plus rapide de l'épiderme, une microvascularisation différente, des zones où s'exercent plus de pression et de traumatisme et une forte concentration de glandes sudorales, avec l'hypothèse sous-jacente d'une excrétion des cytotoxiques dans la sueur. L'apparition d'un SMP sous antiangiogéniques conforte ces mécanismes. L'hypothèse d'une atteinte neurogène a également été évoquée. En effet, le respect du membre paralysé a été décrit pour l'atteinte unguéale comme pour le SMP.

Le traitement reste symptomatique avec la prescription d'antalgiques, y compris à visée neurologique. Localement, on utilise des émoullients cicatrisants ou kératolytiques en fonction de l'aspect clinique. Les dermocorticoïdes peuvent être utiles et les antalgiques en cas d'inflammation importante. En cas de retentissement important, la seule mesure efficace reste l'adaptation des doses, voire l'arrêt temporaire du traitement anticancéreux. En prévention, le port de chaussures confortables, de semelles orthopédiques permettent de minimiser les symptômes en diminuant les zones de frottement et d'appui. Les gants réfrigérés ont montré qu'ils permettent de limiter la survenue du SMP, mais avec les mêmes restrictions que pour la prévention des atteintes unguéales.

> Les folliculites

Les folliculites, qui correspondent à des inflammations du follicule pileux, surviennent dans les premiers jours de traitement, plus rapidement lorsque le traitement est administré par voie intraveineuse que par voie orale. Ces pustules aseptiques peuvent néanmoins



Figure 3.

a : folliculite sous corticoïdes faite d'éléments pustuleux monomorphes en tête d'épingle survenant sur le tronc et régressant à l'arrêt des corticoïdes ou sous antiseptiques.
b : folliculite sous anti-EGFR faite d'éléments papulo-pustuleux, survenant le plus souvent transitoirement sur les premiers mois de traitement en médio-facial et le haut du tronc.
c : folliculite sous anti-MEK similaire à celle des anti-EGFR, moins fréquente mais souvent plus intense et réfractaire.
d : folliculite sous inhibiteurs de mTOR faite d'éléments plus éparés mais plus inflammatoires et nodulaires.

s'impétiginiser. Cette toxicité bien que déjà décrite sous cytotoxiques (dactinomycine, 5FU, méthotrexate, anthracyclines liposomales) et corticoïdes a été remise au premier plan des symptômes cutanés avec l'émergence des anti-EGFR mais également des inhibiteurs de mTOR, et de MEK⁽¹¹⁾. Chaque famille de molécules a néanmoins des particularités. La folliculite aux corticoïdes survient dans les jours qui suivent le bolus, sur le décolleté, et est rapidement contrôlée par des douches antiseptiques pendant quelques jours (*figure 3a*). Les folliculites sous thérapies ciblées sont plus fréquentes que sous cytotoxiques, avec une atteinte de près de 100 % des patients sous anti-EGFR, un tiers des patients sous anti-MEK et moins fréquemment sous inhibiteurs de mTOR. Cette éruption est le plus souvent transitoire sous anti-EGFR (*figure 3b*) ; elle régresse sur les 3 à 6 premiers mois de traitement, alors qu'elle est plus réfractaire avec une évolution par poussées-rémissions sous anti-MEK (*figure 3c*) et inhibiteurs de mTOR.

Les lésions, principalement localisées sur la face en médio-facial, peuvent s'étendre au tronc et aux membres surtout avec les inhibiteurs de mTOR (*figure 3d*). Les traitements proposés tentent de bloquer l'inflammation folliculaire et de soulager le patient afin d'améliorer sa compliance⁽¹¹⁾. Cet accompagnement peut s'appuyer sur les socio-esthéticiennes qui vont conseiller et apprendre aux patients des techniques de camouflage. Des soins locaux peuvent suffire en cas d'atteinte limitée ou peu sévère. Les topiques reposent sur les émoullients et apaisants à base de cuivre et de zinc, les dermocorticoïdes et les antibiotiques. Les galéniques sous forme de lotions à base alcoolique doivent être évitées. Il faut préférer des crèmes, laits ou baumes. Les émoullients à base de cuivre et de zinc peuvent être utilisés sur de longues périodes. En revanche, les dermocorticoïdes et les antibiotiques ne devront être appliqués que pendant quelques jours à semaines en cas de lésions très inflammatoires. Les dermocorticoïdes

favorisent les surinfections et leur prescription devra être surveillée. En cas de lésions étendues ou d'un retentissement important sur la vie quotidienne du patient, une antibiothérapie par voie générale par des cyclines en première intention (100 à 200 mg/j) devient nécessaire, mais elles sont photosensibilisantes et peuvent majorer les diarrhées déjà fréquentes sous thérapies ciblées. En cas d'atteinte très sévère ou réfractaire aux antibiotiques par voie générale et aux soins locaux, une adaptation des doses du traitement anticancéreux voire son interruption transitoire est indispensable, cette toxicité étant dose-dépendante. Après une amélioration souvent rapide en quelques jours, il est possible de réintroduire la molécule à dose réduite, voire à pleine dose, sans récurrence aussi sévère de la folliculite. En prévention, les émoullients et apaisants à base de cuivre et de zinc permettent de diminuer l'inconfort des patients et limitent l'inflammation cutanée.



Figure 4. Hypertrichose sous anti-EGFR.

> Modifications de la pilosité

La chute des cheveux est la toxicité la plus redoutée par les patients, surtout par les femmes, mais souvent négligée par les médecins. Elle n'est évidemment ni grave ni douloureuse et n'inquiète pas les cliniciens, mais elle entraîne une réelle souffrance psychologique.

La modification de la pilosité la plus fréquente est la chute des poils du corps souvent associée à l'alopécie. Elle n'est que très rarement un problème pour les patients, contrairement à l'hypertrichose rapportée sous anti-EGFR (figure 4), ciclosporine ou corticoïdes. En dehors des épilations suspensives ou de l'arrêt des traitements, nous ne disposons pas de traitements préventifs ou curatifs. Une repousse anarchique des sourcils et des cils (trichomégalie ciliaire) apparaît en quelques semaines sous traitement par anti-EGFR et modifie également considérablement le regard des patients. La texture des poils est modifiée, comme celle des cheveux, donnant un aspect broussailleux aux sourcils (figure 5) ; elle est responsable de kératite pour les cils qui se recourbent. Il est donc important de couper les cils et d'épiler les sourcils pour leur redonner une structure plus naturelle. L'utilisation de produits de maquillage haute tolérance adaptés (mascara, crayons à sourcils) permettra de retrouver son regard.



Figure 5. Les alopecies sous anti-EGFR et anti-BRAF ne sont pas constantes, mais l'apparition d'une modification de texture des cheveux et des poils l'est avec des cheveux devenant incoiffables et les sourcils broussailleux.



Figure 6. Hyperpigmentation survenant à chaque injection dessinant des « traces de fouet » appelée dermatite flagellée sous bléomycine. Cette hyperpigmentation ne disparaît que progressivement à l'arrêt du traitement.



Figure 7. Taches bleues survenant sur les zones de folliculite sous vandétanib, continuant de s'étendre pendant la durée du traitement.

> Les troubles pigmentaires

Les dyschromies suscitent beaucoup d'interrogations et d'inquiétude chez les patients quant à leur réversibilité. Elles peuvent atteindre la peau, mais également les cheveux et poils, et disparaissent habituellement progressivement mais parfois sur des mois voire des années. Ces anomalies de la couleur de peau sont le plus fréquemment des pigmentations anormales, soit localisées (dermatite serpentine sous fotémustine, dermatite flagellée sous bléomycine (*figure 6*), palmo-plantaire sous taxanes et sels de platine) ou plus diffuses sous busulfan, cyclophosphamide, imatinib.

Sous vandetanib, des « taches bleues » survenant sur les sites de folliculites (visage, tronc) sont rapportées après plusieurs semaines de traitement, sans aucune tendance à l'amélioration, voire en constante aggravation avec la poursuite du traitement (*figure 7*). Ces éléments disparaissent progressivement à l'arrêt du vandetanib.

Les immunothérapies induisent des vitiligos localisés ou diffus, parfois universalis (*figures 8 et 9*). Ce symptôme

Suite p. 9



Figure 8. Vitiligo cutané apparu sous immunothérapie anti-PD1. Le vitiligo est souvent étendu, à la fois cutané et pileux, plus rarement universalis.



Figure 9. En haut : décoloration des cheveux survenant sous inhibiteurs de KIT pendant la durée du traitement et se recolorant dès son interruption. En bas : vitiligo des poils sous immunothérapie par anti-PD1 avec décoloration de la barbe après plusieurs semaines voire mois de traitement.

Figure 10.
À gauche : lésion kératosique
bénigne survenant
sous inhibiteurs de *BRAF*
ou authentique
kératoacanthome.
À droite : carcinome
épidermoïde induit
par les anti-*BRAF*.



Tableau. Dermo-esthétique : pathologies, prise

Symptômes	Molécules en cause	Mesures préventives	Mesures curatives	
Onycholyse	<i>Taxanes, capécitabine, 5-fluorouracile, anthracyclines</i>	- Gants/chaussettes réfrigérés - Protection des chocs et détergents - Vernis, photoprotection	- Découpe des ongles décollés - Soins d'hygiène avec brossage doux - Antiseptiques non irritants, dilués	
Paronychies	<i>Taxanes, capécitabine, 5-fluorouracile, anthracyclines</i> - Anti EGFR, anti-MEK anti-mTOR	- Découpe droite des ongles - Soins d'hygiène et émollients - protection des chocs et détergents	Destruction chimique : dermocorticoïdes, nitrate d'argent, acide trichloracétique Destruction chirurgicale de la tablette latérale : de type ongle incarné	
Syndrome main-pied	<i>Taxanes, capécitabine, 5-fluorouracile, anthracyclines</i> - Anti-angiogéniques anti-<i>BRAF</i>	- Bilan podologique et si besoin port de semelle afin de répartir les zones d'appui - Chaussures confortables - Crèmes kératolytiques - Gants/chaussettes réfrigérés	- Soins de podologie - Crèmes kératolytiques - Dermocorticoïdes si inflammation importante - Antalgiques - Xylocaïne locale	
Folliculite	<i>Dactinomycine, methotrexate, anthracyclines, 5FU</i> - Corticoïdes - Anti-EGFR, anti-MEK, anti-mTOR	- Crèmes hydratantes ± Cu et Zn - Syndet y compris pour le cuir chevelu - Doxycycline 100 mg/j ou tétracycline 300 mg/j	- Doxycycline 100 à 200 mg/j ou tétracycline 300 mg/j - Dermocorticoïdes en cures courtes en cas d'inflammation - Crèmes antibiotiques non irritantes non desséchantes - Crèmes hydratantes ± Cu et Zn	
Xérose	Tous les traitements	- Lait, crème ou baume émollient surgras ou syndet, liquide ou en pain - Douche tiède - Bains d'amidon	- Antihistaminiques si prurit parfois efficace - Crème émollientes ± urée - Dermocorticoïdes si eczématisation - Cérat, crème barrière ou crème fissure, film protecteur	

Suite de la page 7

serait plus fréquent chez les patients traités pour un mélanome. La cible cellulaire chez les patients atteints de mélanome est le mélanocyte transformé et il n'est donc pas surprenant de voir le système immunitaire s'attaquer à la fois aux cellules cancéreuses mais aussi aux cellules mélanocytaires normales. Le vitiligo constitue d'ailleurs un signe prédictif de réponse au traitement⁽¹²⁾. La peau semble pouvoir se repigmenter de manière très progressive mais à distance de l'arrêt des traitements.

Des chromonychies (coloration pathologique des ongles) sont fréquentes sous cytotoxiques (taxanes, anthracyclines, 5FU, capécitabine), le plus souvent sous la forme de bande pigmentée. Leur disparition est lente et elles peuvent parfois persister de manière définitive.

Sous sunitinib et pazopanib, probablement par une régulation particulière du récepteur Kit, les cheveux sont rapidement décolorés et retrouvent leur couleur naturelle dès l'arrêt (figure 10). Lors des traitements

séquentiels, la décoloration se fait sous forme de bandes, ou « signe du drapeau », comme cela avait déjà été décrit avec le méthotrexate⁽¹³⁾.

L'utilisation de fonds de teint haute tolérance adaptés offrira une solution efficace pour masquer les dépigmentations.

> Xérose et troubles de cicatrisation

La sécheresse cutanée est constante et plus ou moins sévère avec les différents traitements. Elle est habituellement améliorée par les soins locaux, émollients simples ou contenant de l'urée ou de l'acide salicylique en cas de squames importantes. On conseillera aux patients d'éviter les facteurs favorisants (douches trop chaudes, savons astringents), en préférant des bases douces sans savon, l'application d'émollients après la douche sur une peau humide permettant une meilleure absorption et une application plus rapide et efficace, de porter des sous-vêtements en coton pour éviter les irritations. La xérose entraîne, malgré les soins locaux, un prurit parfois invalidant ou une évolution vers l'eczématisation qui nécessite la prescription d'antihistaminiques et de dermocorticoïdes.

Les fissures cutanées sont une autre complication de la xérose cutanée. Elles touchent préférentiellement la pulpe des doigts, les régions péri-unguéales, les articulations interphalangiennes et les talons. Elles peuvent devenir douloureuses, induire une gêne fonctionnelle (préhension, marche) et avoir un impact important sur la qualité de vie des patients. De nombreux topiques sont proposés pour cicatriser et diminuer la douleur. Ces topiques reposent sur l'application d'un film protecteur.

en charge et évolution.

Mesures cosmétiques	Évolution pendant le traitement	Mesures sur le traitement
Vernis	Persistance	Interruption et/ou diminution des doses si grade 3
Après chirurgie pose d'ongles après la cicatrisation pour masquer le raccourcissement de l'ongle	Évolution par poussées-rémissions	Interruption et/ou diminution des doses si grade 3
	Évolution par poussées-rémissions	Interruption et/ou diminution des doses si grade 3
- Camouflage : base verte afin de masquer les rougeurs puis fond de teint - Masque hydratant	Régression spontanée en quelques mois malgré la poursuite du traitement	Interruption et/ou diminution des doses si grade 3
Lait, crème ou baume émollient	Permanente	Aucune action possible

> Conclusion

Les réactions cutanées survenant chez un patient atteint de cancer recevant une chimiothérapie posent souvent des problèmes diagnostiques et de prise en charge. En effet, il ne faut pas méconnaître, en dehors de la toxicité liée au traitement, d'autres étiologies comme un syndrome paranéoplasique, une dermite carencielle, une infection, une réaction du greffon contre l'hôte.

Les effets secondaires cutanés liés aux différentes chimiothérapies sont fréquents et ont un retentissement important sur la qualité de vie. Dans ce contexte, les soins de support ne sont plus aujourd'hui des soins « prépalliatifs » mais une clé de voute dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Les malades entrent avec les traitements

dans une maladie chronique avec une succession de thérapeutiques. Tous les traitements sont responsables d'une toxicité non négligeable, notamment cutanée. Parfois négligée par les prescripteurs, la douleur psychologique ou physique secondaire à l'atteinte de la peau conduit parfois à une mauvaise compliance des patients. Une meilleure connaissance et une prévention sont des éléments de prise en charge simple et efficaces pour une meilleure acceptation par les malades de la poursuite des traitements.

Des soins cosmétiques et de maquillage adaptés aux peaux fragilisées représentent un complément important dans la prise en charge des effets secondaires dermatologiques. **I**

Références

1. Scotté F et al. *J Clin Oncol* 2005 ; 23 : 4424-9.
2. Wasner G et al. *J Neurooncol* 2002 ; 58 : 167-74.
3. Truchuelo M et al. *Dermatol Online J* 2009 ; 15 : 7.
4. Robert C et al. *Lancet Oncol* 2015 ; 16 : e181-189.
5. Bonigen J et al. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2016. doi:10.1111/jdv.14011
6. Mateus C et al. *Rev Méde Interne* 2009 ; 30 : 401-10.
7. von Moos R et al. *Eur J Cancer* 2008 ; 44 : 781-90.
8. Robert C et al. *Semin Oncol* 2012 ; 39, 227-40.
9. Arnault JP et al. *Clin Cancer Res* 2012 ; 18 : 263-72.
10. Giaccherio D et al. *Arch Dermatol* 2012 ; 148 : 418-20.
11. Lacouture ME et al. *Support Care Cancer* 2011 ; 19 : 1079-95.
12. Hua C et al. *JAMA Dermatol* 152, 45-51 (2016).
13. Hartmann JT et al. *Arch. Dermatol.* 144, 1525-1526 (2008).
14. Osio A et al. *Br J Dermatol* 2009 ; 161 : 515-21.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

Édité par L.E.N. MÉDICAL
56, boulevard de la Mission Marchand
CS 50062 – 92418 Courbevoie Cedex
Tél. : 01 47 55 31 31 – Fax : 01 47 55 31 32
E-mail : info@len-medical.fr

Directeur de la publication : Dr L. Elgozi
Rédacteur en chef : Pr C. Francès
Maquette : Twice Daily
Dermatologie Pratique est adhérent à la FNIM
N° Commission paritaire : 0521 T81273
N° ISSN 0982-8567

Cet ouvrage est réservé au corps médical. Reproduction interdite sauf accord du Directeur de la publication. Imprimerie de Compiègne
2^e trimestre 2017 © 2017 L.E.N. MÉDICAL
Dépôt légal : 29553

EYE CARE COSMETICS : partenaire dans les soins de support en oncologie



Initialement développés pour les peaux sensibles et allergiques, les produits Eye Care Cosmetics offrent une réponse haute tolérance adaptée aux personnes en cours de traitement chimiothérapique et/ou radiothérapique dans le cadre de soins de support nécessaires pour traiter les réactions secondaires (peaux déshydratées, réactives ou sensibles, altérations des phanères, etc.).

Les Laboratoires Contapharm sont devenus aujourd'hui, avec leur gamme Eye Care Cosmetics, un partenaire incontournable dans l'accompagnement des personnes atteintes par un cancer, aux côtés des équipes soignantes, médecins, infirmières et socio-esthéticiennes.

Les Laboratoires Contapharm sont à l'initiative du développement de plusieurs études cliniques permettant de confirmer l'efficacité, la parfaite tolérance et l'amélioration de la qualité de vie liée à l'utilisation de produits « Eye Care Cosmetics ».

Prise en charge des phanères

• Protéger les ongles

– Ultra vernis silicium-urée

Riche en silicium organique qui **renforce et protège l'ongle**, et en urée pour **lutter contre le dessèchement**, il est formulé **anti-UVA-UVB** pour tous les ongles, même les plus fragiles et recommandé dans le cadre de certains **traitements radiothérapiques et chimiothérapiques** pour prévenir la chute des ongles). La texture longue tenue est très **facile à étaler, sèche rapidement et résiste aux chocs**.

Sa formule est sans parfum, ni toluène, ni formol, ni colophane, ni conservateur, ni paraben et sans nickel. Disponible en 44 teintes.



– Huile fortifiante ongles et cuticules

Produit haute tolérance pour **fortifier les ongles fragiles, cassants ou allergiques et leurs contours**, ce mélange de 3 huiles végétales, de vitamine E et de silicium **nourrit l'ongle**, renforce sa rigidité et le **restructure**. L'huile de ricin **régénère et protège**, l'huile de noyau d'abricot nourrit et **adoucit**, l'huile de macadamia **reconstitue**.

• Cils et sourcils : retrouver son regard

– Infini-Cils

Active et stimule la croissance des cils et sourcils pour un résultat visible.

L'originalité d'Infini-Cils réside dans l'association exclusive de deux actifs, le T.D.C. et le Biotinyl, qui permettent à la fois de **prolonger le cycle de vie des cils** et d'en **augmenter la durée de croissance**. Les cils sont visiblement plus denses et plus longs et les nouveaux cils plus épais et fortifiés.

En outre, Infini-Cils peut être appliqué à la racine des cils (eyeliner) et sur les cils ou sourcils (mascara).

Cette formule très haute tolérance **sans prostaglandine ou dérivés**, renforcée en silicium organique et panthénol, respecte la peau et les yeux les plus sensibles ou allergiques.



– Sourcils liner waterproof

Sourcils liner waterproof **haute tolérance** pour le maquillage des **sourcils des yeux sensibles ou allergiques**.

Formule enrichie en silicium organique, sans conservateurs, waterproof avec une excellente tenue en toutes circonstances. **Donne de la couleur et redessine les sourcils clairsemés**.



Prendre soin de sa peau



• Hydrater

Crème hydratante équilibrante

Concentrée en actifs hydratants comme l'urée, l'huile de jojoba, l'extrait de miel, cette crème visage peaux sensibles fluide **hydrate et nourrit** visiblement la peau. Apaisée par un extrait de feuilles de pêcher et protégée des radicaux libres par la vitamine E, la peau est aussi **matifiée** par l'extrait d'énantia chevrantha, à l'activité sébo-régulatrice, qui élimine les brillances. Le visage retrouve sa **douceur, son velouté et une agréable sensation de confort**.

• Atténuer les rougeurs

Crème antirougeurs peau réactive

Formulée pour secourir les **peaux fines et réactives** aux vaisseaux fragiles, ce soin peaux sensibles est une réponse globale, immédiate et durable aux **rougeurs, à la couperose et au flush**. Petit houx, souci officinal, marron d'Inde, algue brune et vitamine E sont ses principaux actifs. Dès l'application, sa texture onctueuse verte **neutralise et masque les rougeurs**.



• Illuminer le teint

– Crème éclat du teint

Formule haute tolérance très innovante riche en dermo-vitamines (A, C, E, F, B5, PP), en acide hyaluronique, en urée et en huiles végétales de jojoba et de macadamia pour donner à la peau **souplesse, tonicité et confort incomparable**. Enrichie en pigments, elle **illumine la peau** et lui donne immédiatement tout son **éclat**.

Idéale pour les teints ternes et fatigués, formulée haute tolérance pour les peaux même les plus sensibles ou allergiques.



– Poudre bronzante

Cette poudre bronzante ensoleille le teint pour lui donner **un aspect hâlé sans exposition**.

Sa texture fine et douce, ultramicronisée, convient pour les peaux, même les plus sensibles ou allergiques. Elle est **enrichie de fines nacres illuminatrices**. Disponible en 2 teintes.

Box Rose®

Les Laboratoires Contapharm, partenaires de nombreux centres anticancéreux en soins de support, grâce à leur marque Eye Care Cosmetics haute tolérance, proposent la Box Rose®, un assortiment complet en soins de support cosmétiques pour pallier les réactions secondaires les plus fréquemment rencontrées, sécheresse cutanée, ongles fragilisés, croissance des phanères perturbée, teint altéré.

La Box Rose® comprend une crème hydratante, un Ultra vernis silicium-urée, une base protectrice des ongles au silicium, une huile fortifiante pour les ongles, un Sourcils liner waterproof, un Infini-Cils pour la croissance des cils et sourcils, une crème éclat du teint et une poudre bronzante pour retrouver bonne mine.

Prix 47-52 €

