

Les alopecies postchimiothérapie : qualité de vie et prise en charge

Hanane Baybay¹, Mariame Meziane¹, Salim Gallouj¹, Rhizlane Berrady², Samira Rabhi², Karima Bendahhou³, Samira Elfakir³, Fatima Zahra Memissi¹

¹ Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc
<hananebaybay@gmail.com>

² Service de médecine interne et d'hématologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

³ Service d'épidémiologie et de statistiques médicales, faculté de médecine et de pharmacie, Fès, Maroc

Résumé. L'alopecie est un effet secondaire très redouté par les patients traités par chimiothérapie anticancéreuse, car il contribue à leur stigmatisation. Le but de notre étude était d'approcher la qualité de vie des patients atteints d'alopecies postchimiothérapie dans notre contexte, et d'analyser globalement leur prise en charge. *Matériel et méthodes :* il s'agit d'une étude observationnelle prospective d'une durée de six mois. Les critères d'inclusion étaient l'âge (> 18 ans et < 65 ans) et un traitement à base de chimiothérapie seule avec un minimum de trois cures. Les paramètres étudiés étaient d'ordre épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif, à quoi était ajouté le questionnaire Scalpdex. *Résultats :* nous avons colligé 124 cas, la moyenne d'âge était 45 ans avec un sex-ratio H/F de 2,6. Le score moyen était modéré chez les hommes et sévère chez les femmes ($p = 0,0001$), avec une prédominance (80 % des cas) du stade III de la classification de l'Organisation mondiale de la santé. Le protocole le plus alopecique était l'association doxorubicine, bléomycine, vinblastine et dacarbazine, qui induisait une alopecie dans 100 % des cas, avec une durée d'apparition moyenne de quatre jours. Le désir de traitement était proportionnel au score, au niveau d'instruction, au sexe féminin et au stade d'alopecie (p de respectivement 0,000, 0,0002, 0,0005 et 0,0003). Une information préalable des patients concernant l'éventualité d'une alopecie et la contre-indication de toute vitaminothérapie en vue d'obtenir une repousse des cheveux était notée dans 98 % des cas. Les hommes avaient recours, dans 92 % des cas, au rasage systématique et 48 % des femmes au port du foulard ; 90 % des patients déclaraient recevoir un soutien social, et 50 % ont appliqué un traitement à base de Minoxidil à la fin des cures. *Discussion :* l'alopecie induite par les chimiothérapies anticancéreuses est fréquente, et représente un obstacle psychologique sérieux à la bonne observance thérapeutique. Elle est mieux acceptée avec une information et un accompagnement du patient, notamment par l'homme. Les protocoles contenant la doxorubicine, le cyclophosphamide et l'ifosfamide sont les plus alopeciques dans notre série. Nous soulignons l'intérêt du soutien familial et social qui influence positivement le vécu de l'alopecie dans notre société.

Mots clés : alopecie, chimiothérapie, qualité de vie, sexe, dermatologue

L'alopecie est l'effet secondaire le plus redouté par les patients traités par chimiothérapie anticancéreuse. Elle entraîne en effet une dégradation de l'image corporelle, et une perception négative de la personne par elle-même [1]. Notre but était d'approcher la qualité de vie de nos patients souffrant de cet effet

secondaire et d'analyser leur prise en charge dans notre contexte.

Patient et méthodes

Nous avons mené une étude observationnelle, prospective et monocentrique de six mois, avec

mt

Tirés à part : H. Baybay

l'autorisation du comité d'éthique local. Notre échantillon se composait de patients appartenant à un groupe homogène suivis pour des hémopathies malignes au service de médecine interne et d'hématologie. Il s'agissait principalement de lymphomes malins non hodgkiniens, de maladies de Hodgkin, de myélomes multiples et de leucémies myéloïdes chroniques. Était inclus tout patient ayant un âge supérieur à 18 ans et inférieur à 65 ans, qu'il ait présenté ou non une alopécie et ayant reçu au minimum trois cures de chimiothérapie seule. Nos critères d'exclusion étaient des antécédents de traitement par radiothérapie ou le refus des patients de participer à l'étude. Les paramètres étudiés étaient d'ordre épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif, auxquels s'ajoutait une analyse de la qualité de vie par le score Scalpdex [2], avant et après le traitement. Ce score comporte vingt-trois items, cotés de 0 à 5 (total variant de 0 à 115) et analyse le vécu corporel, la vie émotionnelle, l'estime de soi, la vie relationnelle et le désir de traiter l'alopécie. Le score était considéré comme faible pour une valeur comprise entre 0 et 38, modéré de 39 à 77, et sévère de 78 à 115 [2]. L'échelle d'évaluation de l'alopécie adoptée était celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (tableau 1) [3]. Les méthodes statistiques utilisées étaient les tests classiques : Chi-carré pour les variables qualitatives et Student et ou Anova pour la comparaison des variables quantitatives. Le *p* était considéré comme statistiquement significatif quand il était inférieur à 0,05.

Résultats

Nous avons colligé 124 cas, dont la moyenne d'âge était de 45 ans avec des extrêmes allant de 33 à 58 ans et un sex-ratio H/F égale à 2,6. Le grade III (correspondant à une alopécie complète réversible selon la classification de l'OMS) était prédominant – 80 % des cas (figure 1) –, suivi des grades II et I – respectivement 14 et 6 % des cas – ; aucun cas d'alopécie complète irréversible n'a été constaté. La localisation élective était au niveau du cuir chevelu (98 % des cas), suivie des sourcils et des cils (63 %) (figure 2). Les protocoles les plus alopeciques selon les modalités d'administrations standardisées étaient :

Tableau 1. Classification OMS de l'alopécie post chimiothérapie

Grade	
0	Pas d'alopécie
I	Perte de cheveux minime
II	Perte modérée, alopécie par plaques
III	Alopécie complète réversible
IV	Alopécie complète irréversible

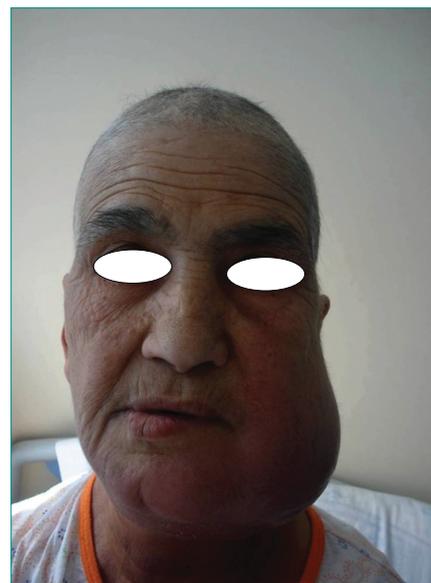


Figure 1. Alopécie complète réversible de grade I selon la classification OMS chez une patiente traitée pour un lymphome malin non hodgkinien parotidien.

- l'association doxorubicine, bléomycine, vinblastine et dacarbazine (ABVD) : 100 % des cas,
- ifosfamide, carboplatine et étoposide (ICE) : 70 %,
- cyclophosphamide, adriamycine, vincristine et prednisone (CHOP) : 70 %.

Le délai moyen d'apparition de l'alopécie après la cure de chimiothérapie était de quatre jours pour ABVD et de quinze pour ICE et CHOP. L'alopécie postchimiothérapie était l'effet secondaire le plus redoutée chez les femmes et venait en second, après les vomissements, chez les hommes (tableau 2).

La dispensation d'une information préalable, par le corps médical, concernant l'éventualité d'une alopécie et la contre-indication de toute vitaminothérapie aux fins de repousse des cheveux, était rapportée par 98 % des patients. Les hommes avaient recours au rasage



Figure 2. Atteinte sourcilière chez un même patient.

Tableau 2. Effets secondaires de la chimiothérapie étudiés dans notre série

Effet secondaire le plus gênant	Femmes	Hommes
Alopécie	45 %	30 %
Vomissements	35 %	41 %
Fatigue	15 %	26 %
Anorexie	5 %	3 %

systématique dans 92 % des cas (figure 3) ; 48 % des patientes qui ne portaient pas le foulard se le sont approprié après installation de l'alopécie (figure 4). La moitié des patients ayant atteint la fin de la cure (sept patients) ont adhéré à un traitement à base de Minoxidil® seul. Le suivi au long cours, sur neuf mois, n'était pas évaluable sur le plan statistique, au vu de la fréquence des échecs thérapeutiques, qui justifiaient les escalades thérapeutiques et l'espacement des cures, en raison des effets secondaires, notamment infectieux, de la chimiothérapie. Une modification de la texture et de la couleur des cheveux était constatée chez tous les patients (cinquante-deux) qui présentaient une repousse.

La qualité de vie était évaluée par le score Scalpdex, le score moyen après chimiothérapie était modéré chez les hommes et sévère chez les femmes ($p = 0,0001$). Contrairement à l'homme, la femme était plutôt touchée au niveau de l'estime de soi et du vécu corporel, en rapport avec sa vie relationnelle et émotionnelle (tableau 3).



Figure 3. Rasage avant la cure de chimiothérapie chez un patient suivi pour une maladie de Hodgkin.



Figure 4. Pour camoufler l'alopécie chimio-induite, cette patiente a recours au foulard.

Le désir de traitement était proportionnel au score Scalpdex, et il était accru par un niveau d'instruction supérieur, le sexe féminin, une alopécie de stade III et l'atteinte des sourcils et des cils – avec des valeurs de p de respectivement 0,000, 0,0002, 0,0005, 0,0003 et 0,035. L'alopécie était considérée comme le signe d'une bonne imprégnation thérapeutique par 5 % des patients, mais le symbole du cancer chez les 95 % restants. La plupart de nos patients (90 %) approuvaient la présence d'un soutien familial et social.

Discussion

Notre étude sur l'alopécie postchimiothérapie est originale sur le plan national et maghrébin. Elle s'inscrit dans le cadre de la prise en charge optimale des patients suivis pour une pathologie cancéreuse. Le dermatologue a

Tableau 3. Répartition des scores selon le sexe

	Femme (%) (p)	Homme (%) (p)
Estime de soi	93 % (0,002)	17 % (0,05)
Vécu corporel	80 % (0,04)	48 % (0,03)
Vie relationnelle	60 % (0,045)	40 % (0,02)
Vie émotionnelle	40 % (0,05)	18 % (0,01)

une place prééminente dans le suivi d'un cancer traité par chimiothérapie, quel qu'en soit le type, du fait de la multitude des effets secondaires cutanés et phanériens de ces thérapeutiques. Notre choix s'est porté sur un groupe de patients homogène quant à leur pathologie, des deux sexes – pour pouvoir les comparer et pour ne pas biaiser l'étude. En effet, l'observation de femmes touchées par une pathologie cancéreuse féminine, comme le cancer du sein serait non concluante, la maladie elle-même affectant la patiente dans sa féminité.

L'alopecie est définie par une chute et ou une raréfaction des cheveux et/ou des poils. Elle constitue un événement fréquent – mais non obligatoire – au cours de la chimiothérapie [1]. La prédominance, dans notre série, de sujets du sexe masculin plutôt jeunes est à mettre en rapport avec la fréquence des hémopathies malignes, plus grande dans cette population d'homme d'âge moyen. Bien qu'elle soit souvent réversible, l'alopecie stigmatise le patient dans la maladie cancéreuse et représente pour lui un rappel constant du traitement et de la maladie en elle-même. Elle constitue de ce fait un obstacle psychologique sérieux à la bonne observance thérapeutique [1], qui serait mieux acceptée avec une information initiale et un accompagnement du patient. L'alopecie postchimiothérapie résulte d'une action cytotoxique directe des médicaments anticancéreux, médiée par une activation des mécanismes de l'apoptose au niveau du follicule pileux. Dans le même temps, les glandes sébacées régressent et/ou disparaissent [1, 3, 4]. La prédominance de l'atteinte au niveau du cuir chevelu, par rapport aux autres poils, s'explique par le fait que 85 à 90 % des follicules pileux sont en phase de croissance. Pour cette même raison, on constate une prédominance des atteintes de grade III [1, 3]. Sa survenue dépend de la nature et des modalités d'administration de la chimiothérapie (dose, voie d'administration et durée), mais également de la susceptibilité individuelle du patient (facteurs génétiques, alimentaires et psychologiques) [1, 3, 5]. L'installation de l'alopecie était, dans notre série, plus marquée et plus rapide avec les protocoles contenant la doxorubicine, la cyclophosphamide et l'ifosfamide. L'association, dans le même protocole, de plusieurs molécules et la standardisation des doses et des modalités d'administration ont rendu difficile l'évaluation de ces paramètres. Si les progrès thérapeutiques opérés ces dernières années en cancérologie ont été considérables, notamment dans le champ des soins de support (antiémétiques et antalgiques), l'alopecie reste le seul effet secondaire pour lequel il n'y a pas eu d'avancée thérapeutique significative, les seules options disponibles étant le casque réfrigérant, le Minoxidil[®] et le camouflage par les perruques... [1, 5-8]. Ainsi, aucun traitement curatif de l'alopecie – qui serait optimal, facile d'emploi, bien toléré, non toxique, de coût acceptable, sans effets sur la tumeur et sans interactions avec les autres traitements – n'existe à l'heure actuelle. Certaines publi-

cations récentes concernant l'usage *in vitro* de la vitamine B6 et de la cystine comme antiapoptotique sont encourageantes [7]. Les hématologues contre-indiquent toutefois de principe toute vitaminothérapie par voie orale, ces dernières étant supposées des facteurs favorisants de la prolifération tumorale. Leur usage par voie locale pourrait-il résoudre ce débat, si elle s'avère aussi efficace *in vivo* ?

Dans notre contexte, cet effet est mieux supporté par l'homme, qui tend à le banaliser par un rasage systématique ; il est moins bien vécu chez la femme [5], qui est atteinte profondément dans sa féminité et se soustrait aux regards par le recours au foulard. Ce dernier serait plus accepté, dans notre société, que les perruques. Le camouflage par un maquillage au niveau des cils et des sourcils est plus délicat, ce qui explique la supériorité de son impact. Les sept patients traités par le Minoxidil[®] en fin de cure présentaient une repousse satisfaisante. Il était néanmoins noté une modification de la couleur et de la texture des cheveux en repousse, ce qui rejoint les données de la littérature [1,3].

Nous avons comparé les scores de qualité de vie, en rapport avec l'alopecie postchimiothérapie, obtenus par les femmes de notre série à ceux d'une série de femmes françaises traitées pour cancer du sein. Bien qu'il s'agisse de populations différentes, traitées pour des cancers différents et évaluées par des scores distincts, les scores étaient sévères, avec une atteinte de l'estime de soi et du vécu corporel chez toutes ces patientes de sexe féminin [5]. Les méthodes de camouflage étaient néanmoins différentes, probablement du fait du contexte socioculturel différent [5,6]. Au sein de notre série, les femmes étaient plus demandeuses de traitement que les hommes, en rapport avec la difficulté de camoufler l'alopecie auprès de la famille proche (regard du mari et des enfants). Le désir de traitement était également plus volontiers exprimé par les patients de haut niveau d'instruction, pour qui l'alopecie revêtait une connotation négative plus marquée que pour les autres patients, de niveau scolaire plus bas. Pour ces derniers, l'alopecie représentait le signe d'une bonne imprégnation thérapeutique, et ils acceptaient donc mieux cet effet secondaire. Nous soulignons enfin l'intérêt du soutien familial et social, qui influence positivement le vécu de l'alopecie dans notre société.

L'alopecie induite par les chimiothérapies est fréquente et redoutée par les patients dans notre série. Le dermatologue doit adapter la prise en charge à la demande du patient et à son contexte social, dans un cadre pluridisciplinaire.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Di Palma M. Peut-on prévenir l'alopecie due à la chimiothérapie ? *Ann Dermatol Venerol* 2007 ; 134 : 3510-135.

2. Chen SC, Yeung J, Chren MM. Scalpdex: a quality-of-life instrument for scalp dermatitis. *Arch Dermatol* 2002 ; 138 (6):803-7.
3. Tallon B, Blanchard E, Goldberg LJ. Permanent chemotherapy-induced alopecia: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2010 ; 63 : 333-6.
4. Wendy S, Susser MD, Diane L, Whitaker-Worth MD, Grant-Kels JM, Farmington MD. Mucocutaneous reactions to chemotherapy. *J Am Acad Dermatol* 1999 ; 40 : 367-98.
5. Rosman S. Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns* 2004 ; 52 : 333-9.
6. Freedman T. Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nurs* 1994 ; 17 : 334-41.
7. Humbert H. Prévenir l'alopecie chimio-induite. *Ann Dermatol Venereol* 2009 ; 136 : S29-32.
8. Young A, Arif A. The use of scalp cooling for chemotherapy-induced hair loss. *Br J Nurs* 2016 ; 25(10):S22-7.