



Article original

Prévalence et déterminants de la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie au CHU de Treichville

Prevalence and Determinants of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy at Treichville University Hospital

KKY Kouassi^{1,2}, BA Odo^{1,2}, PGL Toure^{1,2}, YL Toure³, MA Boena¹, NMP Mebiala^{1,2}, MKA Madiou²,
AF Sessegnon^{1,2}, AMBY Nogbou^{1,2}, H Agrigna², M Toure^{1,2}

Résumé

Introduction : La neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC) est une toxicité fréquente des chimiothérapies cytotoxiques. Dans les contextes à ressources limitées, où les alternatives thérapeutiques sont restreintes, elle peut compromettre l'administration du traitement. Cependant, les données provenant d'Afrique subsaharienne restent rares. Nous avons réalisé cette étude afin d'estimer la prévalence de la NPIC et identifier les facteurs cliniques et thérapeutiques qui lui sont associés.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective dans le service d'oncologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, centre de référence tertiaire à Abidjan, Côte d'Ivoire. Les patients adultes ayant reçu au moins un cycle de chimiothérapie cytotoxique entre

janvier et décembre 2023 ont été inclus. La NPIC a été identifiée à partir des symptômes cliniques documentés et classée selon les critères du NCI-CTCAE version 4.03. Des analyses univariées suivies d'une régression logistique multivariée ont été réalisées afin de déterminer les facteurs prédictifs indépendants.

Résultats : Parmi les 275 patients inclus au cours de la période d'étude, 114 ont développé une neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC), correspondant à une prévalence de 41,5 %. La majorité des neuropathies étaient de grade 1 ou 2 (95,6 %), tandis que des formes sévères ont été observées dans 4,4 % des cas. La chimiothérapie a été poursuivie sans modification dans 82,5 % des cas. En analyse multivariée, les facteurs suivants étaient indépendamment associés à la survenue de la NPIC

: le diabète de type 2 (OR 4,87 ; IC à 95 % : 1,18–20,1), l'hypertension artérielle (OR 2,63 ; IC à 95 % : 1,14–6,05) et l'exposition à une chimiothérapie neurotoxique.

Conclusion : La NPIC est fréquente mais généralement de faible gravité. Sa survenue semble être fortement influencée par les comorbidités cardiométaboliques, en plus de l'exposition aux agents neurotoxiques. Ces résultats suggèrent un rôle important de la vulnérabilité du patient plutôt que de la seule toxicité médicamenteuse. Une évaluation clinique simple des comorbidités pourrait aider à anticiper cette toxicité.

Mots-clés : Neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie ; Neurotoxicité ; Diabète ; Côte d'Ivoire.

Abstract

Introduction: Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN) is a common adverse effect of cytotoxic chemotherapy. In resource-limited settings, where therapeutic alternatives are scarce, CIPN may compromise optimal treatment delivery. However, data from sub-Saharan Africa remain limited. This study aimed to estimate the prevalence of CIPN and identify the clinical and treatment-related factors associated with its occurrence.

Methods: We conducted a retrospective observational study in the oncology department of the Treichville University Hospital, a tertiary referral center in Abidjan, Côte d'Ivoire. Adult patients who received at least one cycle of cytotoxic chemotherapy between January and December 2023 were included. CIPN was identified from documented clinical symptoms and graded according to the National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE), version 4.03. Univariate analyses followed by multivariable logistic regression were performed to identify independent predictors of CIPN. **Results:** Among the 275 patients included during the study period, 114 developed chemotherapy-induced peripheral neuropathy, corresponding to a prevalence of 41.5%. Most cases were grade 1 or 2 (95.6%), whereas severe neuropathy occurred in 4.4% of

patients. Chemotherapy was continued without modification in 82.5% of cases. In the multivariable analysis, type 2 diabetes mellitus (OR 4.87; 95% CI: 1.18–20.1), hypertension (OR 2.63; 95% CI: 1.14–6.05), and exposure to neurotoxic chemotherapy were independently associated with the occurrence of CIPN.

Conclusion: CIPN is common but generally mild in severity. Its occurrence appears to be strongly influenced by cardiometabolic comorbidities in addition to exposure to neurotoxic agents. These findings suggest that patient vulnerability may play a greater role than drug toxicity alone. A simple clinical assessment of cardiometabolic comorbidities may help identify patients at increased risk of this toxicity.

Keywords: Chemotherapy-induced peripheral neuropathy; Neurotoxicity; Type 2 diabetes mellitus; Côte d'Ivoire.

Introduction

En Afrique subsaharienne, la fréquence élevée des diagnostics tardifs de cancer entraîne une utilisation importante et souvent exclusive de la chimiothérapie cytotoxique comme traitement systémique de référence [1]. Bien que les thérapies ciblées et l'immunothérapie soient de plus en plus disponibles dans les pays à revenu élevé, l'accès à ces innovations demeure limité dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, y compris en Côte d'Ivoire [2,3]. Par conséquent, les agents neurotoxiques tels que les composés du platine et les taxanes sont largement utilisés en pratique oncologique courante [2]. La neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC) est une toxicité fréquente, avec une prévalence comprise entre 30 % et 40 % selon la littérature [4]. Elle se manifeste par des symptômes neurologiques pouvant altérer la qualité de vie des patients et avoir un impact sur le traitement [5,6]. Dans les pays en développement, où les alternatives thérapeutiques sont limitées, les modifications du traitement peuvent compromettre l'intensité de dose et

les résultats attendus. Malgré son impact sur la qualité de vie, aucune stratégie préventive ou thérapeutique n'a été universellement établie comme standard de prise en charge de la NPIC [5]. En outre, la plupart des données épidémiologiques disponibles ainsi que celles concernant sa prise en charge proviennent de pays à revenu élevé [4,5], tandis que les informations issues d'Afrique subsaharienne restent rares, malgré des différences dans les caractéristiques cliniques et l'organisation des systèmes de santé susceptibles d'influencer sa survenue et son expression [7]. En Côte d'Ivoire, les agents de chimiothérapie neurotoxiques, en particulier les sels de platine et les taxanes, sont administrés de façon routinière en pratique quotidienne [3,8]. Cependant, le fardeau réel de la NPIC, ses déterminants cliniques et les stratégies de prise en charge en conditions réelles n'ont pas été documentés de manière systématique. Des données spécifiques au contexte sont donc nécessaires afin de mieux caractériser cette toxicité [9]. Afin de combler cette lacune des connaissances, nous avons conduit une étude observationnelle dans un centre tertiaire d'oncologie en Côte d'Ivoire afin d'estimer la prévalence de la NPIC et d'identifier les facteurs cliniques et thérapeutiques associés à sa survenue.

Méthodologie

Type d'étude et cadre de l'étude

Cette étude observationnelle analytique rétrospective a été réalisée dans le service d'oncologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville à Abidjan, en Côte d'Ivoire. L'étude a couvert une période de 12 mois, du 1er janvier au 31 décembre 2023. Cet établissement est un centre tertiaire de référence assurant la prise en charge des patients adultes atteints de cancer.

Population d'étude

La population d'étude était constituée de patients adultes ayant reçu une chimiothérapie cytotoxique au cours de la période d'étude.

Critères d'inclusion

Ont été inclus les patients :

- Âgés de 18 ans ou plus ;
- Qui présentaient un cancer confirmé histologiquement, avaient reçu au moins un cycle de chimiothérapie cytotoxique et disposaient de données cliniques et thérapeutiques complètes dans leur dossier médical.

Critères d'exclusion

- N'ont pas été inclus, le patient présentant une neuropathie périphérique documentée avant l'instauration de la chimiothérapie, un antécédent de maladie neurologique centrale ou périphérique sans lien avec le traitement anticancéreux, une insuffisance hépatique ou rénale sévère susceptible d'influencer la survenue d'une neuropathie, un dossier médical incomplet, notamment concernant la tolérance neurologique.

Collecte des données

Les données ont été recueillies de façon rétrospective à partir des dossiers médicaux électroniques, des dossiers papier et des registres de chimiothérapie. Les informations ont été consignées sur des fiches standardisées anonymisées afin de garantir la cohérence des données et leur confidentialité.

Variables recueillies

Caractéristiques des patients : âge ; sexe, comorbidités (hypertension artérielle, diabète, consommation d'alcool, traitements chroniques).

Caractéristiques tumorales : siège de la tumeur primitive, stade de la maladie au diagnostic.

Caractéristiques du traitement : schéma de chimiothérapie (incluant les agents neurotoxiques tels que les composés du platine et les taxanes), nombre de cycles administrés, modalités d'administration, modifications du traitement (réduction de dose, report ou arrêt).

Variables relatives à la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC)

La NPIC a été identifiée sur la base des symptômes cliniques documentés au cours du traitement tels que : le délai de survenue (à partir du début de la chimiothérapie), le type de neuropathie (sensitive, motrice ou mixte), le site primitif, le degré de sévérité, le traitement symptomatique administré, l'impact sur la chimiothérapie (réduction de dose, modification ou arrêt) et l'évolution clinique après prise en charge

(résolution complète, amélioration partielle, stabilité ou aggravation).

La sévérité a été évaluée selon les critères du Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE), version 4.03.

Critères de jugement

Les critères de jugement comprenaient la répartition de la sévérité de la NPIC, l'impact de la NPIC sur l'administration de la chimiothérapie, les facteurs associés à la survenue de la NPIC.

Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels **R**, version 4.3.2, et **SPSS**, version 27.0.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne $\pm$ écart-type ou par la médiane et l'intervalle interquartile, selon leur distribution. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages avec leurs intervalles de confiance à 95 %.

Une analyse univariée a été réalisée afin d'identifier les variables associées à la survenue de la NPIC. Les variables présentant une valeur de $p < 0,20$ ont été introduites dans un modèle de régression logistique multivariée afin d'identifier les facteurs prédictifs indépendants. Les résultats ont été exprimés sous forme d'odds ratios ajustés (ORa) avec leurs intervalles de confiance à 95 %.

Tous les tests statistiques étaient bilatéraux et le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

Considérations éthiques

Les données des patients ont été anonymisées afin de garantir leur confidentialité et leur protection.

Résultats

Population d'étude

Un total de 326 dossiers médicaux a été traité au cours de la période d'étude et 275 ont été inclus patients dans l'analyse finale. Parmi ces patients ayant reçu une chimiothérapie cytotoxique, 114 ont développé une neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC), correspondant à une prévalence de 41,5 %

Profil de patient

L'âge moyen était de $50,4 \pm 12,9$ ans avec des extrêmes de 18 à 81 ans. Les femmes représentaient 74,9 %. Les principales comorbidités étaient l'hypertension artérielle (7,63 %) et le diabète de type 2 (3,63 %).

Caractéristiques tumorales et thérapeutiques

Les cancers gynécologiques et du sein constituaient les localisations tumorales les plus fréquentes (62,5 %), suivis des cancers digestifs (19,6 %). Le cancer du sein représentait 42,5 % des cas. Le schéma thérapeutique le plus fréquemment administré était l'association paclitaxel-carboplatine (24,4 %), suivie du paclitaxel en monothérapie (14,2 %).

Caractéristiques cliniques de la NPIC

Les symptômes les plus fréquents étaient les paresthésies (36,7 %), les fourmillements (28,3 %) et les dysesthésies au froid (15,8 %). Les symptômes concernaient le plus souvent les deux extrémités (54,4 %). Le délai médian de survenue était de 3 mois pour les protocoles paclitaxel-carboplatine et de 2 mois pour les protocoles FOLFOX. La majeure partie était neuropathie étiquetée de grade 1 (65,8 %), suivies des grades 2 (29,8 %), tandis que les formes sévères (grades 3-4) représentaient 4,4 % des cas.

Impact sur la chimiothérapie

La chimiothérapie a été poursuivie sans modification dans 82,5 % des cas. Les doses ont été réduites principalement pour les patients présentant des neuropathies de grade 2, tandis que l'arrêt du traitement survenait essentiellement dans les formes sévères. La prégabaline était le traitement symptomatique le plus fréquemment prescrit (59 %). L'évolution clinique était principalement stable (76 %), la résolution complète demeurant peu fréquente.

Facteurs associés à la survenue de la NPIC

En analyse univariée, la survenue de la NPIC était associée à l'âge ($p = 0,014$), au sexe masculin, à l'hypertension artérielle, au diabète de type 2 et à la maladie métastatique. Après ajustement dans le modèle multivarié, seul le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et l'exposition à une chimiothérapie neurotoxique demeuraient indépendamment associés à la survenue de la NPIC, tandis que l'âge, le sexe et le stade tumoral n'étaient plus statistiquement significatifs.

Tableau I : Caractéristiques des patients (n = 275)

Paramètres	Valeur
Age, (en année) moyenne± ET	50,4 ± 12,9
Sexe, n (%)	
Femme	206 (74,9)
Homme	69 (25,1)
Status professionnel, n (%)	
Sans emploi	114 (41,5)
Salarié	101 (36,7)
Travailleur indépendant	60 (21,8)
Comorbidités, n (%)	
Diabète	10 (3,6)
Hypertension	21 (7,6)
Stade de la maladie, n (%)	
Métastatique	171 (62,2)
Non métastatique	104 (37,8)

Tableau II : Caractéristiques tumorales et thérapeutiques (n = 275)

Paramètres	n (%)
Site primitif	
Sein	117 (42,5)
Gynécologique	55(20)
Digestif	54 (19,6)
Urologique	19 (6,9)
Poumon	10 (3,6)
Tête et cou	8 (2,9)
Mélanome	3 (1,1)
Os	2 (0,7)
Autres sites	7 (2,5)
Protocole de chimiothérapie	
Paclitaxel-Carboplatine	67 (24,4)
Paclitaxel	39 (14,2)
FOLFOX	35 (12,7)
AC60	27 (9,8)
Docétaxel	23 (8,4)
Docétaxel-Doxorubicine	17 (6,2)
5Fu-Cisplatine	14 (5,1)
Autres protocoles	101 (36,7)

Tableau III : Caractéristiques cliniques de la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC) (n = 114)

Paramètres	n (%)
Prévalence globale	114 (41,5)
Symptômes	
Paresthésie	65 (36,7)
Fourmillements	50 (28,2)
Dysesthésie au froid	28 (15,8)
Engourdissement	22 (12,4)
Sensation de décharge électrique	8 (4,5)
Sensation de brûlure	4 (2,2)
Localisation	
Les deux extrémités	61(54)
Mains uniquement	29 (25)
Pieds uniquement	19 (17)
Autres	5 (4)
Sévérité (CTCAE)	
Grade 1	75 (65,8)
Grade 2	34 (29,8)
Grade 3	4 (3,5)
Grade 4	1 (0,9)

Tableau IV : Impact de la NPIC sur l'administration de la chimiothérapie (n = 114)

Treatment modification	n (%)
Traitement maintenu	94 (82,5)
Réduction de dose	10 (8,8)
Changement de protocole	2 (1,7)
Arrêt du traitement	8 (7)

Tableau V : Facteurs associés à la survenue de la NPIC

Paramètres	OR brut (IC95%)	p value	OR ajusté (IC95%)	p value
Age	1,02 (1,00 -1,04)	0,014	1,01 (0,99–1,03)	0,210
Sexe masculin		0,008	1,42 (0,78–2,61)	0,240
Hypertension artérielle	2,10 (1,21–3,66)	<0,001	2,63 (1,14–6,05)	0,023
Diabète	3,81 (1,72–9,10)	0,002	4,87 (1,18–20,1)	0,028
Stade métastatique	7,64 (1,97–50,4)	0,005	1,36 (0,72–2,57)	0,340
Chimiothérapie neurotoxique (Taxanes et sels de platines)	2,07 (1,25–3,49)	—	3,52 (1,78–6,96)	<0,001

Discussion

Cette étude apporte des données originales sur la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC) dans un contexte oncologique à ressources limitées. La prévalence observée de 41,5 % est cohérente avec les estimations rapportées dans la littérature internationale, généralement comprises entre 30 % et 40 % [4,10]. Au-delà de sa fréquence, le principal résultat de notre étude réside dans l'identification des déterminants indépendants de la survenue de la NPIC. L'analyse multivariée a montré que la neuropathie n'était pas uniquement liée à l'exposition à une chimiothérapie neurotoxique, mais également au terrain cardiométabolique du patient. Le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle étaient + significativement associés. Cela suggère que la neurotoxicité pourrait être en lien avec l'expression clinique d'une susceptibilité neurologique préexistante déclenchée par le traitement plutôt qu'une toxicité médicamenteuse isolée. Certaines études ont montré que les comorbidités métaboliques augmentent significativement à la fois le risque et la sévérité de la NPIC, en particulier avec les taxanes et les composés du platine [11,12]. Ces observations sont cohérentes avec les mécanismes physiopathologiques connus de la NPIC impliquant des lésions microvasculaires et le stress oxydatif [13,14]. Chez les patients présentant des comorbidités métaboliques, ces mécanismes peuvent déjà être présents et être amplifiés par les taxanes ou les composés du platine, expliquant la variabilité interindividuelle de la survenue de la neuropathie malgré des schémas thérapeutiques similaires [12,15]. La majeure partie des neuropathies observées étaient de faible gravité et ont permis la poursuite du traitement. Elle confirmait que cette toxicité était souvent initialement peu invalidante [11,12]. Cependant, les formes sévères ont systématiquement conduit à une modification du traitement. Bien que peu fréquentes dans notre étude, elles peuvent compromettre l'administration optimale de la chimiothérapie [5]. Dans les contextes où les alternatives thérapeutiques sont limitées, la prévention devient plus importante

que la substitution du médicament [16]. Nos résultats suggèrent qu'une simple évaluation clinique du terrain du patient pourrait constituer un outil indéniable pour identifier les patients à risque. Plutôt que de modifier d'emblée les protocoles thérapeutiques, une surveillance neurologique rapprochée et une prise en charge symptomatique précoce pourraient contribuer à maintenir l'intensité de dose tout en limitant la progression des symptômes [15].

Plusieurs limites doivent être prises en considération. Le caractère rétrospectif de l'étude a pu conduire à une sous-détection des formes légères. L'absence d'une évaluation neurologique standardisée n'exclut pas l'existence d'une neuropathie infraclinique préexistante [17]. De plus, l'hétérogénéité des traitements n'a pas permis une analyse détaillée molécule par molécule sans perte de puissance statistique, conduisant à une analyse par classes pharmacologiques [11,17]. Enfin, le faible nombre de formes sévères n'a pas permis d'évaluer les déterminants de leur gravité [12]. Malgré ces limites, nos résultats suggèrent que, dans notre contexte de prise en charge, la neuropathie induite par la chimiothérapie doit être considérée comme le résultat d'une interaction entre le traitement et la vulnérabilité du patient. L'identification précoce des comorbidités cardiométaboliques pourrait ainsi représenter une stratégie simple permettant d'anticiper la toxicité et d'optimiser la continuité du traitement [12,15]. Dans notre contexte, la NPIC apparaît moins comme une simple toxicité liée au médicament que comme la manifestation d'une vulnérabilité neurologique liée au statut cardiométabolique. L'intégration systématique de cette dimension dans l'évaluation clinique pourrait constituer une stratégie pragmatique pour préserver l'intensité du traitement tout en améliorant la tolérance au traitement anticancéreux.

Conclusion

Dans notre étude, la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie est fréquente mais généralement modérée. Sa survenue n'est pas uniquement liée aux

agents neurotoxiques, mais dépend également du terrain cardiométabolique, en particulier du diabète et de l'hypertension artérielle.

Ces résultats suggèrent que la toxicité neurologique doit être considérée comme une interaction entre le traitement et la vulnérabilité du patient. Une évaluation simple des comorbidités et une surveillance étroite peuvent aider à anticiper la toxicité et à maintenir l'intensité du traitement sans modification systématique du protocole.

Déclarations

Approbation éthique et consentement à participer

L'approbation éthique a été obtenue auprès du Comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Consentement à la publication

Sans objet. Cette étude n'impliquait aucune donnée individuelle de patient (images, vidéos, identifiants personnels) nécessitant un consentement explicite pour la publication.

Financement

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique d'un organisme de financement public, commercial ou à but non lucratif. L'ensemble de la collecte et de l'analyse des données a été réalisé avec le soutien institutionnel du service d'oncologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Contributions des auteurs

- *Conception et élaboration de l'étude* : KOUASSI KKY
- *Collecte et analyse des données* : TOURE YL, TOURE PGLK, MEBIALA NMP, SESSEGNON AF, NOGBOU AMBY, BOENA MA, MADIOU MKA, AGRIGNA H
- *Rédaction du manuscrit* : KOUASSI KKY, ODO BA
- *Supervision* : TOURE M

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance :

KOUASSI KKY

yvonkouassi@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Juillet 2026

- 1 : Service d'Oncologie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire
- 2 : Université Félix Houphouët-Boigny, UFR des Sciences Médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire
- 3 : Université Alassane Ouattara, UFR des Sciences Médicales, Bouaké, Côte d'Ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
- [2] Gerhard D. Closing the cancer divide: an equity imperative. *Yale J Biol Med.* 2013;86(2):282-283. PMID: PMC3670448.
- [3] Cherny NI, Sullivan R, Torode J, Saar M, Eniu A. ESMO International Consortium study on the availability, out-of-pocket costs and accessibility of antineoplastic medicines in countries outside of Europe. *Ann Oncol.* 2017;28(11):2633-2647.
- [4] Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral

- neuropathy: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2014;155(12):2461-2470.
- [5] Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, Cavaletti G, Chauhan C, Hertz DL, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: ASCO guideline update. *J Clin Oncol*. 2020;38(28):3325-3348.
- [6] Mols F, Beijers T, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse LV. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy and its association with quality of life: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2014;22(8):2261-2269.
- [7] Brand NR, Qu LG, Chao A, Ilbawi AM. Delays and barriers to cancer care in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oncologist*. 2019;24(12):e1371-e1380.
- [8] Sullivan R, Peppercorn J, Sikora K, Zalcberg J, Meropol NJ, Amir E, et al. Delivering affordable cancer care in high-income countries. *Lancet Oncol*. 2011;12(10):933-980.
- [9] Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e1252.
- [10] Jordan B, Margulies A, Cardoso F, et al. Systemic anticancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO Clinical Practice Guideline. *Ann Oncol*. 2020;31(10):1306-1319.
- [11] Kerckhove N, Collin A, Condé S, et al. Long-term effects, pathophysiological mechanisms, and risk factors of chemotherapy-induced peripheral neuropathies: a comprehensive literature review. *Front Pharmacol*. 2022;13:889905.
- [12] Bao T, Basal C, Seluzicki C, et al. Risk factors for chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2021;29(8):3845-3860.
- [13] Starobova H, Vetter I. Pathophysiology of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Front Mol Neurosci*. 2017;10:174.
- [14] Zajączkowska R, Kocot-Kępska M, Leppert W, et al. Mechanisms of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Int J Mol Sci*. 2019;20(6):1451.
- [15] Park SB, Goldstein D, Krishnan AV, Lin CSY, Friedlander ML, Cassidy J, et al. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: a critical analysis. *CA Cancer J Clin*. 2013;63(6):419-437.
- [16] Staff NP, Grisold A, Grisold W, Windebank AJ. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a current review. *Ann Neurol*. 2017;81(6):772-781.
- [17] Cavaletti G, Alberti P, Frigeni B, Piatti M, Susani E. Chemotherapy-induced neuropathy. *Curr Treat Options Neurol*. 2019;21(12):56.

Pour citer cet article

KKY Kouassi, BA Odo, PGL Toure, YL Toure, MA Boena, NMP Mebiala et al. Prévalence et déterminants de la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie au CHU de Treichville. *Jaccr Onco-Palliative Care* 2026; 2(3): 1-9

<https://doi.org/10.70065/2623.jaccrOncopal.001L013107>