

Fasciite à éosinophiles avec atteinte intercostale : une complication rare mais sévère des immunothérapies anti-PD1

Abel BRION, Interne, Service Médecine interne, Hôtel-Dieu - CHU de Nantes, France

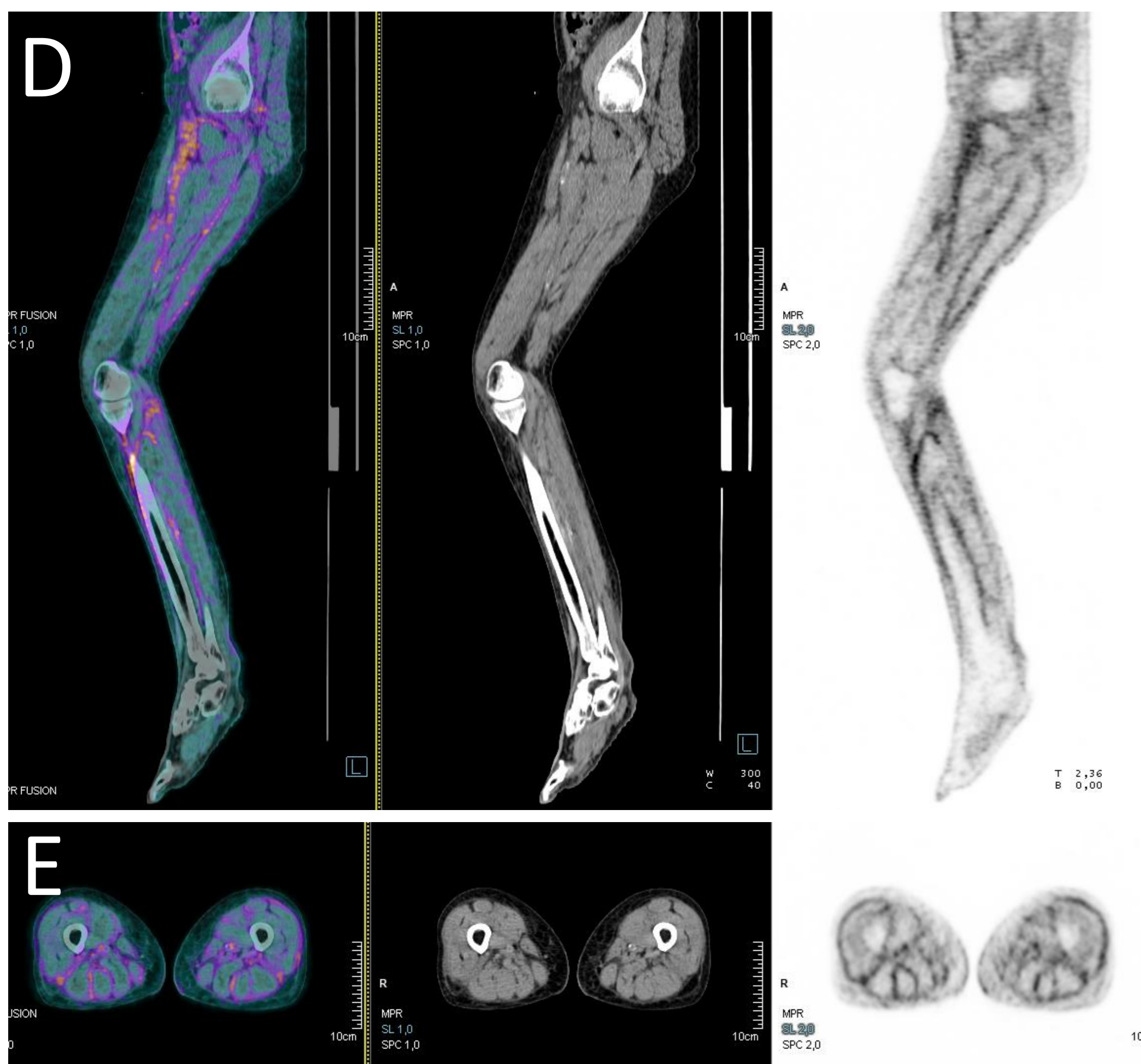
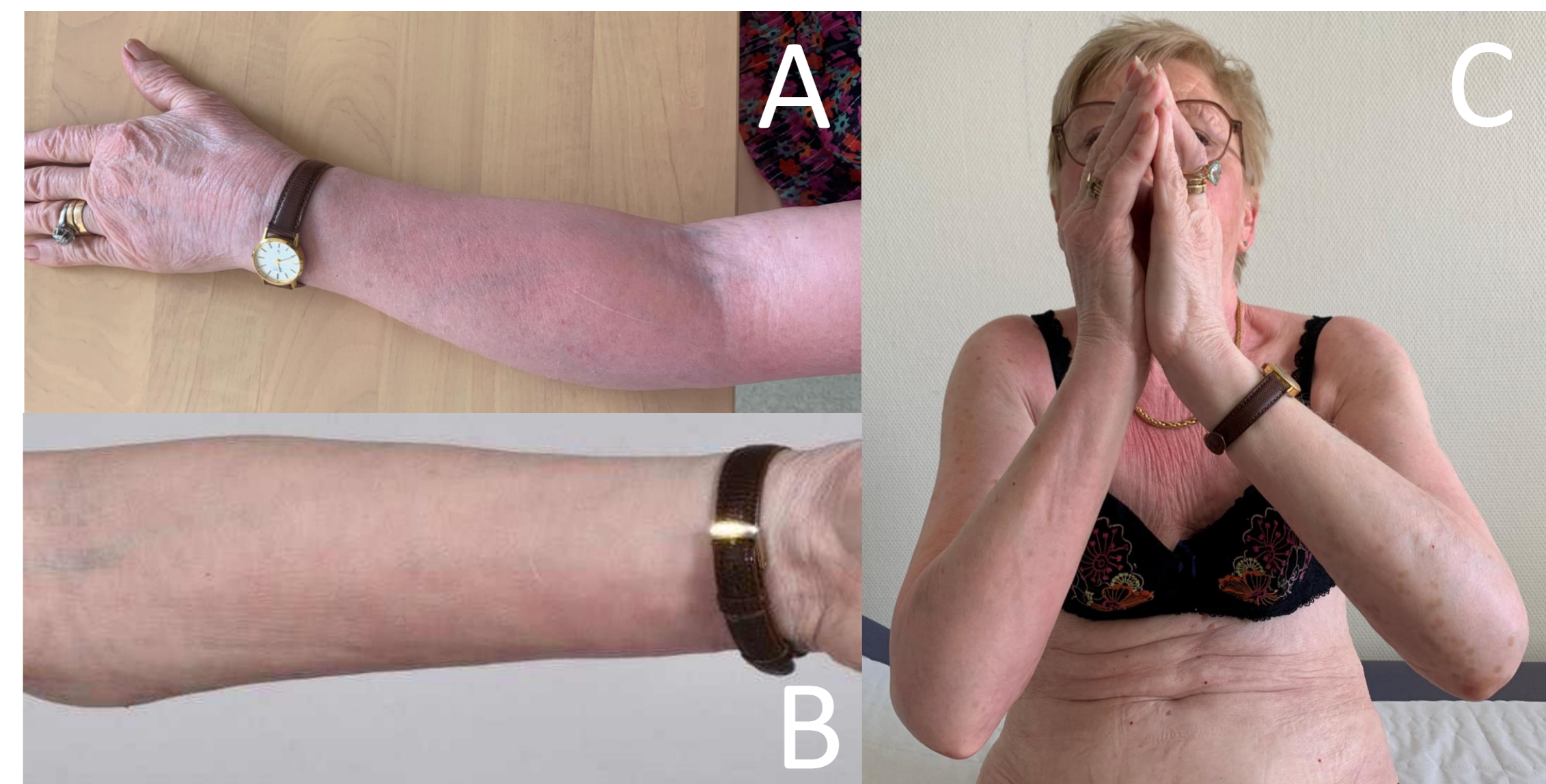
- Océane BORRAGINI, Interne, Anatomie et Cytologie Pathologique, Hôtel-Dieu - CHU de Nantes, France
- Julie BARON, Interne, Anatomie et Cytologie Pathologique, Hôtel-Dieu - CHU de Nantes, France
- Pr. Gaëlle QUEREUX, PU-PH, Dermatologie, Hôtel-Dieu - CHU de Nantes, Inserm UMR 1302, France
- Pr. Caroline BODET-MILIN, PU-PH, Médecine nucléaire, Hôtel-Dieu - CHU de Nantes, France
Inserm, CNRS, Université d'Angers, CRCI2NA, Nantes, France
- Tanguy LE SCORNET, Assistant spécialiste, Service Médecine interne, Hôtel-Dieu - CHU de Nantes, France

Introduction

La fasciite à éosinophiles est une maladie rare du tissu conjonctif caractérisée par un épaissement de la peau et des tissus mous. Elle peut survenir dans le cadre d'un SHE idiopathique ou secondaire. Les proliférations à éosinophiles secondaires aux immunothérapies anti-cancéreuses sont rares mais décrites. Parmi elles, les fasciites à éosinophiles sont peu rapportées. Nous en présentons ici un cas particulier compliqué d'une atteinte thoracique, secondaire à une immunothérapie anti-PD1.

Observation

Une femme de 79 ans est traitée par Nivolumab pour un mélanome localement avancé. Elle développe une éosinophilie modérée à 8 mois de traitement, initialement à 0,7 G/l, progressant jusque 6,75 G/l à M11, sans autre cause retrouvée que son immunothérapie. Le Nivolumab est interrompu après 11 cures. L'éosinophilie régresse sous corticothérapie systémique per os, avant de réapparaître à l'arrêt de celle-ci (à M13 du début du Nivolumab soit à 2 mois de son arrêt). On remarque le développement d'œdèmes tendus et douloureux des mollets et des avant-bras avec « signe du canyon » responsables d'une limitation des amplitudes des poignets, évocateur de fasciite (fig. A à C). S'y associe une dyspnée MRC2 sans étiologie cardiaque ou pulmonaire retrouvée.



L'IRM musculaire retrouve un aspect de fasciite superficielle et profonde des mollets. L'échographie objective un épaissement diffus des fascias et de l'hypoderme au niveau des avant-bras et des membres inférieurs. Les EFR montrent un syndrome restrictif : CPT 59% de la théorique, Tiffeneau normal. Le scanner thoracique et l'ETT sont normaux. Les relectures de TEP-scanners antérieurs objectivent l'apparition d'un hypermétabolisme modéré et d'un épaissement des fascias des membres inférieurs et supérieurs dès M11 (fig. D et E), associés à une hyperfixation au niveau des muscles intercostaux (fig. F). Le diagnostic est confirmé à l'anatomopathologie, objectivant une fasciite avec présence d'un infiltrat mononucléé composé de polynucléaires éosinophiles, « nécrose » éosinophile du fascia. Malgré la reprise d'une corticothérapie systémique par boli puis PO, l'absence d'amélioration franche fera débiter un traitement de seconde ligne par Méthotrexate.



Anapath

Discussion

Les inhibiteurs de checkpoint font partie de l'arsenal thérapeutique usuel en oncologie. A la différence de leurs effets secondaires les plus fréquents (colite, thyroïdite, hépatite), les complications cutanées et musculaires des anti-PD1 sont variées et plus difficiles à diagnostiquer. Elles peuvent survenir plus tardivement après l'introduction du traitement inducteur. La fasciite à éosinophiles est une complication rare mais sévère. Elle évolue souvent après l'arrêt du traitement incriminé. Une douzaine de cas ont été rapportés dans la littérature entre 2016 et 2020, chez des patients traités par Nivolumab, Pembrolizumab, Atézolizumab et Cémplimab, dans le cadre de néoplasies diverses. L'atteinte des muscles intercostaux n'a, à notre connaissance, jamais été rapportée.

Il n'existe actuellement pas de consensus thérapeutique. La discussion de l'arrêt de l'immunothérapie est la règle. La corticothérapie systémique représente le traitement de première ligne, d'emblée ou secondairement associé à un immunosuppresseur, en premier lieu le methotrexate ou autre DMARD. Dans les cas les plus sévères, des cures d'immunoglobulines polyvalentes IV peuvent être proposées.

Conclusion

Nous rapportons ici le cas d'une fasciite à éosinophiles secondaire à un traitement par Nivolumab, compliquée d'une atteinte des muscles intercostaux. Cet effet indésirable rare doit être évoqué en cas de développement d'œdèmes durs associés à une éosinophilie, dans le cadre d'un traitement par inhibiteurs du check-point. L'atteinte thoracique est à évoquer en cas de dyspnée inexpiquée dans ce contexte.

- Chan, Karmela Kim, et al. « Eosinophilic Fasciitis Following Checkpoint Inhibitor Therapy: Four Cases and a Review of Literature ». *The Oncologist* 25, no 2
- Sène, D. « Fasciite à éosinophiles (maladie de Shulman) : mise au point diagnostique et thérapeutique ». *La Revue de Médecine Interne* 36, no 11
- Sri Harsha Boppana, et al. « Drug-Associated Eosinophilic Fasciitis: A Case of Eosinophilic Fasciitis Secondary to Cemiplimab Therapy ». *American Journal of Case Reports* 22

Février 2023 Septembre 2023 Mars 2024

