

Quand le cœur s'enflamme : un cas de péricardite liée aux Inhibiteurs de Tyrosine Kinase

Carla EVERS ¹, Sébastien GASPARINI ¹, Clérant CARTERON ¹, Frédérique ROY-PEAUD ¹, Sylvie FAVRELIERE ², Nassir MIRFENDERESKI ², Mickael MARTIN ¹, Mathieu PUYADE ¹

1 Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (France)

2 Pharmacovigilance, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (France)

Introduction

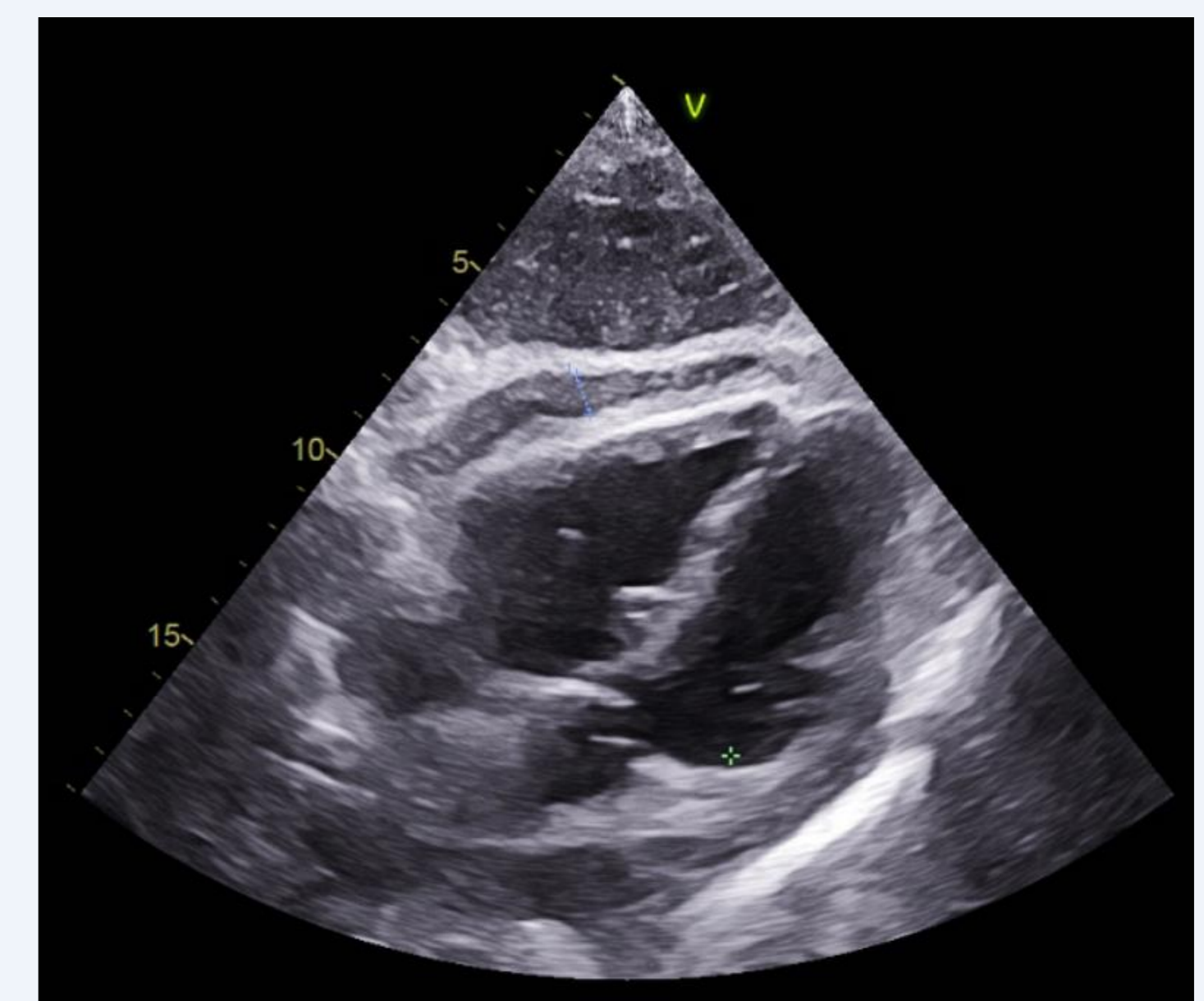
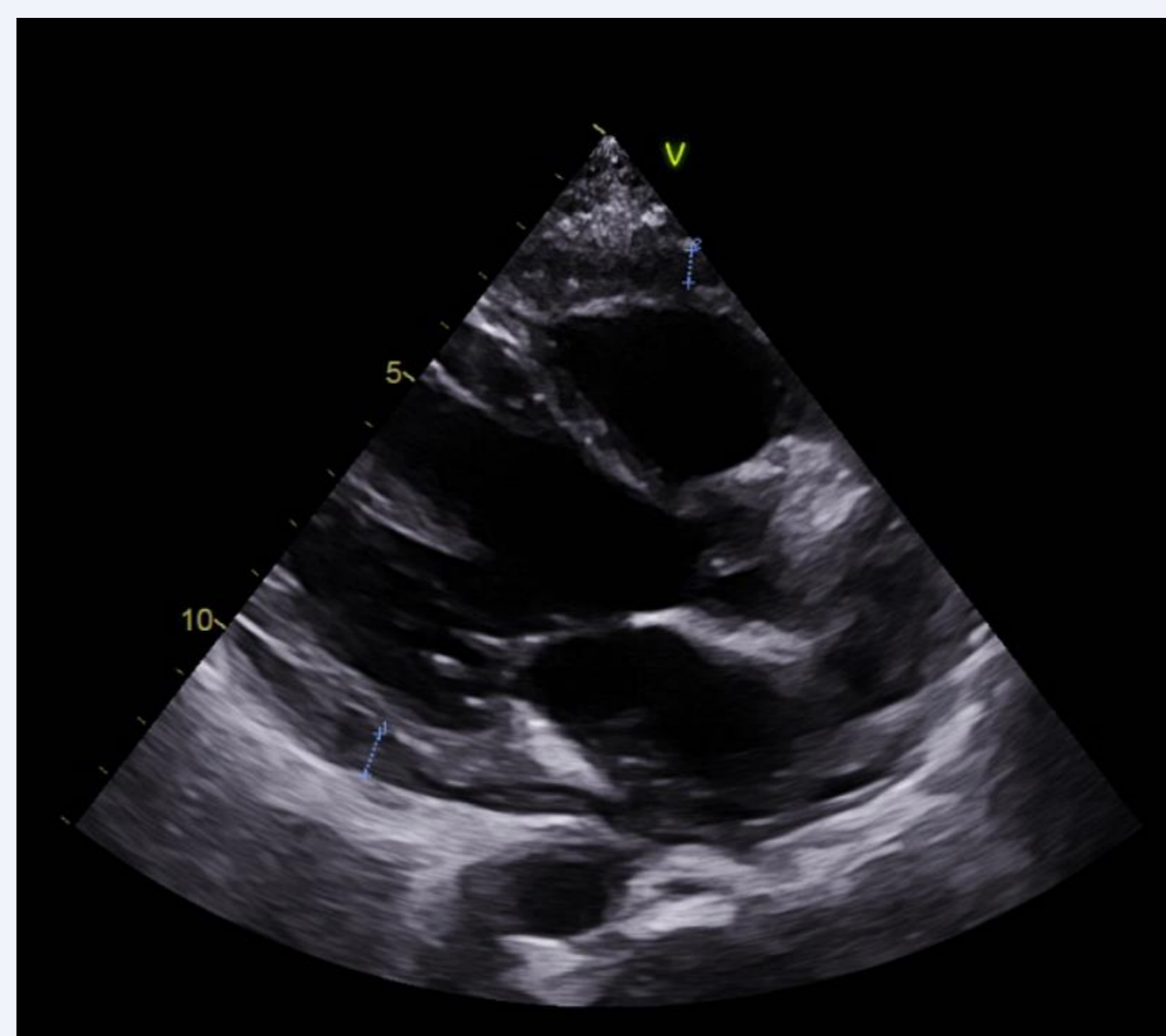
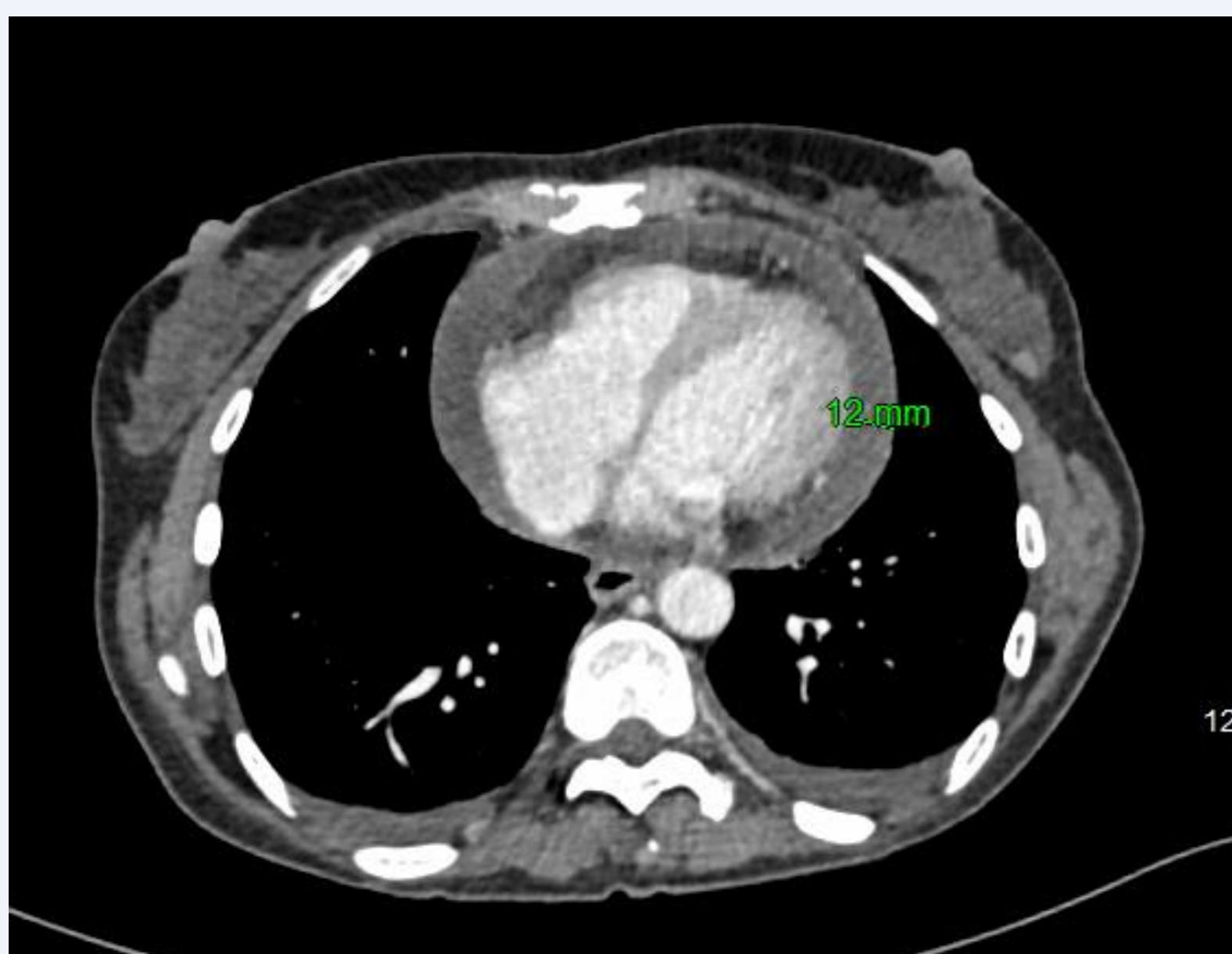
Les Inhibiteurs de Tyrosine Kinase (ITK) sont couramment utilisés en oncohématologie. Bien que leur tolérance soit satisfaisante, ils peuvent être à l'origine d'effets secondaires généralement peu sévères. Cependant, des effets indésirables graves notamment cardiaques ou pulmonaires ont été décrits (1).

Observation

Une patiente de 59 ans était admise le 1 août 2023 dans le service de Médecine interne pour douleur thoracique fébrile d'apparition brutale, majorée à l'inspiration profonde. Elle était suivie en hématologie pour une leucémie aiguë lymphoïde B (LAL B) à chromosome Philadelphie II (LAL B II (selon la classification EGIL) diagnostiquée en décembre 2022 et traitée selon le protocole GRAAPH (IMATINIB combiné avec une chimiothérapie d'induction ou de consolidation) puis, à partir du 5 juillet 2023, par PONATINIB en entretien à 15 mg/j. Elle avait présenté une toxidermie à l'IMATINIB et au DASATINIB.

Le diagnostic de péricardite était confirmé à l'échographie cardiaque par voie trans thoracique (ETT) qui montrait un épanchement péricardique centimétrique circonférentiel.

Le bilan étiologique de la péricardite ne retrouvait pas de cause infectieuse, auto-immune ou néoplasique.



Scanner thoracique injecté et échographie trans thoracique : épanchement péricardique circonférentiel de moyenne abondance

Un traitement par COLCHICINE était introduit mais à l'origine d'une cytolyse hépatique. L'ASPIRINE à la posologie de 1 gramme 3 fois par jour, a permis une amélioration modérée clinique et biologique.

L'enquête de pharmacovigilance ayant retenu la responsabilité du PONATINIB dans la survenue de la péricardite, celui était suspendu le 14/08/2023.

L'évolution clinique s'est améliorée et le syndrome inflammatoire a diminué. L'ETT de contrôle à 2 mois montrait la disparition de l'épanchement péricardique. La patiente n'a pas eu de récurrence de péricardite.

Conclusion

La déclaration de cette observation rapportant un cas de péricardite survenant sous PONATINIB a été enregistrée dans la base nationale de pharmacovigilance.

En effet, le délai d'apparition de la péricardite est compatible avec l'introduction du PONATINIB. Les antécédents de toxidermie aux ITK font partie des facteurs favorisant la survenue d'épanchement péricardique (2). Tous les ITK sont susceptibles d'entraîner un épanchement pleural ou péricardique. Le PONATINIB, molécule de 3ème génération, semble être l'ITK le moins pourvoyeur d'épanchement péricardique. Cette toxicité semble dose-dépendante, ainsi une reprise avec réduction de dose peut être proposée (3). Un changement vers un autre ITK est aussi possible avec néanmoins un risque de récurrence d'épanchement (4).

Références

1. Shyam Sunder S, et al. Adverse effects of tyrosine kinase inhibitors in cancer therapy: pathophysiology, mechanisms and clinical management. *Sig Transduct Target Ther.* juill 2023;8(1):1-27.
2. Agrawal V, et al. Tyrosine Kinase Inhibitor Induced Isolated Pericardial Effusion. *Case Rep Oncol.* févr 2015;8(1):88-93.
3. Kaddoura R, et al. A practical guide to managing cardiopulmonary toxicities of tyrosine kinase inhibitors in chronic myeloid leukemia. *Front Med (Lausanne).* mai 2023;10:1163137.
4. Aslan NA, et al. Bosutinib-induced massive pleural effusion: Cross-intolerance with all tyrosine kinase inhibitors. *J Oncol Pharm Pract.* mars 2023;29(2):511-6.