

FASCIITE A EOSINOPHILES TRAITEE PAR ANTI-IL 5

1^{er} Auteur : Agathe, JEANNE, Interne, Médecine interne, CHU, Poitiers, FRANCE

Autres auteurs, équipe:

- Sylvain, PRIMAULT, PH, Médecine interne, Polyclinique, Poitiers, FRANCE
- Léo, LEQUETTE, Interne, Maladies infectieuses, CHU, Poitiers, FRANCE
- Rémi, PIERRON, Interne, Médecine interne, CHU, Poitiers, FRANCE
- Benoît, GUIRONNET, Interne, Dermatologie, CHU, Poitiers, FRANCE
- Mickael, MARTIN, MCU-PH, Médecine interne, CHU, Poitiers, FRANCE
- Mathieu, PUYADE, PU-PH, Médecine interne, CHU, Poitiers, FRANCE
- Clément, BEUVON, PH, Médecine interne, CHU, Poitiers, FRANCE

Introduction :

La fasciite à éosinophiles est une maladie rare du tissu conjonctif caractérisée par une inflammation et un épaissement des fascias, généralement associés à une hyperéosinophilie. La prise en charge thérapeutique est actuellement mal codifiée, et s'appuie principalement sur l'association de glucocorticoïdes et d'immunosuppresseurs.

Nous rapportons ici le cas d'une patiente en échec de ces thérapeutiques, traitée efficacement par MEPOLIZUMAB.

Observation :

Patiente de 41 ans, aux antécédents familiaux de cancer du sein (grand-mère maternelle) avec une intoxication tabagique estimée à 50 PA.

En janvier 2023 est découverte une thrombose veineuse profonde poplito-fémoro-iliaque gauche faisant découvrir un cystadénome mucineux borderline de l'ovaire droit, opéré en avril 2023.

En juillet 2023, apparaît un épaissement cutané et sous-cutané diffus des avant-bras, bras, pieds, jambes, cuisses et de la moitié supérieure du tronc sans atteinte de la face, avec un aspect de peau d'orange et un signe du canyon aux avant-bras, évocateur de fasciite à éosinophiles. Il n'y avait pas d'autres signes fonctionnels ou physiques associés. Le bilan biologique retrouvait une hyperéosinophilie à 1,7G/L (puis 2,8G/L un mois plus tard) ainsi qu'une TSH à 8,15 mUI/L. Le scanner thoracique et l'échographie cardiaque étaient sans particularité, les EFR objectivaient un trouble ventilatoire obstructif léger. Le bilan immunologique mettait en évidence des anticorps antinucléaires au 1/160e sans spécificité notamment sans anticorps associés à la sclérodémie. L'IRM de l'avant-bras droit montrait des anomalies des fascias avec un hypersignal T2 STIR (figure 1), un discret hypersignal T1 et un rehaussement intense après injection de gadolinium. La biopsie musculaire et du fascia du deltoïde droit retrouvait un infiltrat polymorphe à prédominance macrophagique et de lymphocytes T, ainsi qu'un fascia épaissi et fibreux. Il n'y avait pas d'excès d'éosinophiles, mais la patiente était traitée par corticoïdes au moment des prélèvements.

En parallèle, le TEP-scanner montrait un foyer hypermétabolique thyroïdien gauche isolé. L'échographie thyroïdienne mettait en évidence un nodule du lobe gauche EU-TIRADS 5, dont la cytoponction était en faveur d'un carcinome papillaire. La patiente était ensuite thyroïdectomisée quelques mois plus tard, l'analyse anatomo-pathologique revenant en faveur d'un carcinome papillaire pT1a du lobe gauche.

Au total, le diagnostic de fasciite à éosinophiles d'origine paranéoplasique était retenu.

La patiente fut traitée par PREDNISONNE 1 mg/kg/j (60 mg/j) à partir de juillet 2023. Devant une aggravation cutanée, 3 bolus de SOLUMEDROL 500 mg furent administrés en septembre 2023 et du METHOTREXATE 0,3 mg/kg fut débuté.

Après une amélioration transitoire d'une semaine, il était constaté une extension progressive des lésions cutanées (figure 2). Dans ce contexte, du MEPOLIZUMAB 300mg en sous-cutané/mois fut débuté en janvier 2024 en association au METHOTREXATE.

Depuis, la patiente est améliorée sur le plan fonctionnel avec augmentation des amplitudes articulaires et diminution des lésions

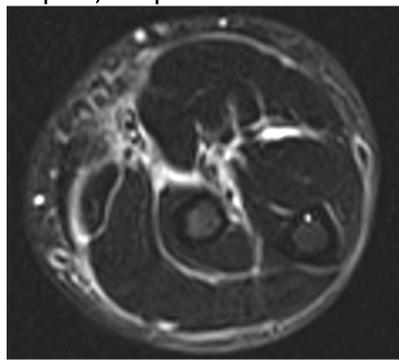


Figure 1 : IRM de l'avant-bras droit séquence T2 STIR retrouvant un hypersignal des fascias



Figure 2 : Avant-bras gauche le 10/01/24 avec peau d'orange et signe du canyon (*)



Figure 3 : Avant-bras le 02/10/24, diminution de la peau d'orange

Discussion :

La fasciite à éosinophiles, ou maladie de Shulman, est une maladie à éosinophiles localisée répondant aux critères de syndrome hyperéosinophilique (SHE). La prise en charge thérapeutique n'est pas codifiée. Les biothérapies anti-IL5, qui inhibent l'activation et le recrutement des éosinophiles, ont actuellement l'AMM dans les SHE et pourraient constituer un traitement de choix de la fasciite à éosinophiles (1).

Chez notre patiente, le contexte néoplasique a motivé l'introduction rapide d'un anti-IL5 plutôt qu'un autre traitement immunosuppresseur. A notre connaissance, seulement 6 cas de fasciites à éosinophiles ont été traités efficacement par anti-IL5 (2). L'amélioration clinique de la patiente pourrait aussi être liée au traitement du cancer thyroïdien (3).

Conclusion :

Comme dans d'autres SHE, les biothérapies anti-IL5 pourraient être une piste thérapeutique intéressante dans les fasciites à éosinophiles.

Références bibliographiques principales :

1. Pitlick MM, Li JT, Pongdee T. Current and emerging biologic therapies targeting eosinophilic disorders. World Allergy Organ J. 2022;15:100676.

2. Rizzo C, La Barbera L, Camarda F, Destro Castaniti GM, Orlando E, Guggino G. Successful treatment of eosinophilic fasciitis with the y