

Un cas de vascularite des gros vaisseaux immuno médiée résolutive sans traitement spécifique

1^{er} Auteur : Léa SCARAMUZZINO, interne, Dermatologie, CHU de Limoges, France

- Philippe BERNARD, PU-PH, Dermatologie, CHU de Limoges, France
- Justine LAVAUD, PH, Dermatologie, CHU de Limoges, France
- Edouard DESVAUX, PH, Médecine interne, CHU de Limoges, France
- Moeava TEAMOTUAITAU, interne, Médecine interne, CHU de Limoges, France
- Simon PARREAU, MCU, Médecine interne, CHU de Limoges, France

Introduction : Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires ont révolutionné le domaine du traitement du mélanome. Ces traitements sont cependant à l'origine de nombreux effets indésirables. Parmi eux, les cas de vascularites des gros vaisseaux sont rares, et leur prise en charge peu codifiée.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente de 55 ans présentant un **mélanome du flanc droit multi métastatique**. Elle a été traitée par NIVOLUMAB 480 mg par mois pendant deux mois, puis par DABRAFENIB 300 mg/j + TRAMETINIB 2 mg/j pendant quatre mois avec relais par IPILIMUMAB 3 mg/kg + NIVOLUMAB 1 mg/kg devant une progression du mélanome.

Lors de la **troisième cure de double immunothérapie**, la patiente a présenté des céphalées avec asthénie et anorexie, concomitants à une CRP à 93 mg/L, spontanément régressifs en deux semaines et sans étiologie retrouvée.

Un mois après la dernière cure de double immunothérapie, le TEP scan de réévaluation du mélanome montrait l'apparition fortuite d'un **hypermétabolisme intense des parois artérielles de la gerbe supra-aortique (carotides et sous clavières, SUVmax 4,64) associé à un hypermétabolisme plus modéré des parois de l'aorte thoracique (SUVmax 3,9)**.

La patiente n'avait pas de signes céphaliques de vascularite, pas d'altération de l'état général, pas de douleurs articulaires. La CRP était négative à 2 mg/L.

Le bilan étiologique de vascularite était négatif, autant sur le plan infectieux (PVR EBV, CMV, HSV, VZV, sérologies VIH, syphilis, hémocultures et quantiférons négatifs) qu'auto immun (FAN 1/160 sans spécificité, ANCA négatifs). La biopsie de l'artère temporale n'a pas été réalisée du fait de l'absence de signes céphaliques.

Après discussion en staff pluridisciplinaire, nous avons **poursuivi le traitement par NIVOLUMAB seul et n'avons pas instauré de corticothérapie** en l'absence de plaintes cliniques de la patiente et de syndrome inflammatoire biologique.

Sur le bilan de réévaluation à trois mois de l'épisode, soit à la quatrième cure de NIVOLUMAB seul, **l'hypermétabolisme vasculaire avait totalement disparu au TEP scan**.

Le mélanome avait en revanche progressé avec apparition de métastases hépatiques et pulmonaires, et le traitement a été modifié avec introduction d'ENCORAFENIB + BINIMETINIB. Avec un recul de 12 mois, la patiente est toujours sous traitement par thérapie ciblée, **sans récurrence de la vascularite sur le dernier TEP scan**.

Discussion : Nous rapportons le cas d'une vascularite des gros vaisseaux **asymptomatique** apparue **sous double immunothérapie** sans autre étiologie retrouvée, **ayant régressé spontanément avec l'arrêt de l'IPILIMUMAB mais la poursuite du NIVOLUMAB, sans introduction de traitement immunosuppresseur**.

Les recommandations de l'European Society for medical oncology (ESMO) pour la prise en charge des effets indésirables des immunothérapies considèrent qu'une vascularite immuno médiée asymptomatique ne doit pas faire l'objet d'une intervention médicale, mais **dans la pratique et dans les cas de la littérature, la quasi totalité des patients symptomatiques ou non sont traités par corticothérapie ou autre traitement immunosuppresseur**.

Ces cas de vascularite à gros vaisseaux semblent **plus souvent associés aux traitements par anti CTLA-4 qu'aux anti PD1**, ce qui pourrait expliquer la régression de l'hypermétabolisme vasculaire après arrêt de l'IPILIMUMAB.

Conclusion : Les anti PD1 et anti CTLA4 sont associés de manière assez rare au développement de vascularites des gros vaisseaux. Notre cas clinique semble indiquer qu'il **est possible, en l'absence de signes cliniques et de syndrome inflammatoire biologique marqué, de ne pas traiter une inflammation vasculaire découverte de manière fortuite au TEP scan**.



Figure 1 : Hypermétabolisme des parois artérielles de la gerbe supra aortique et des parois de l'aorte thoracique, un mois après la dernière cure de double immunothérapie.

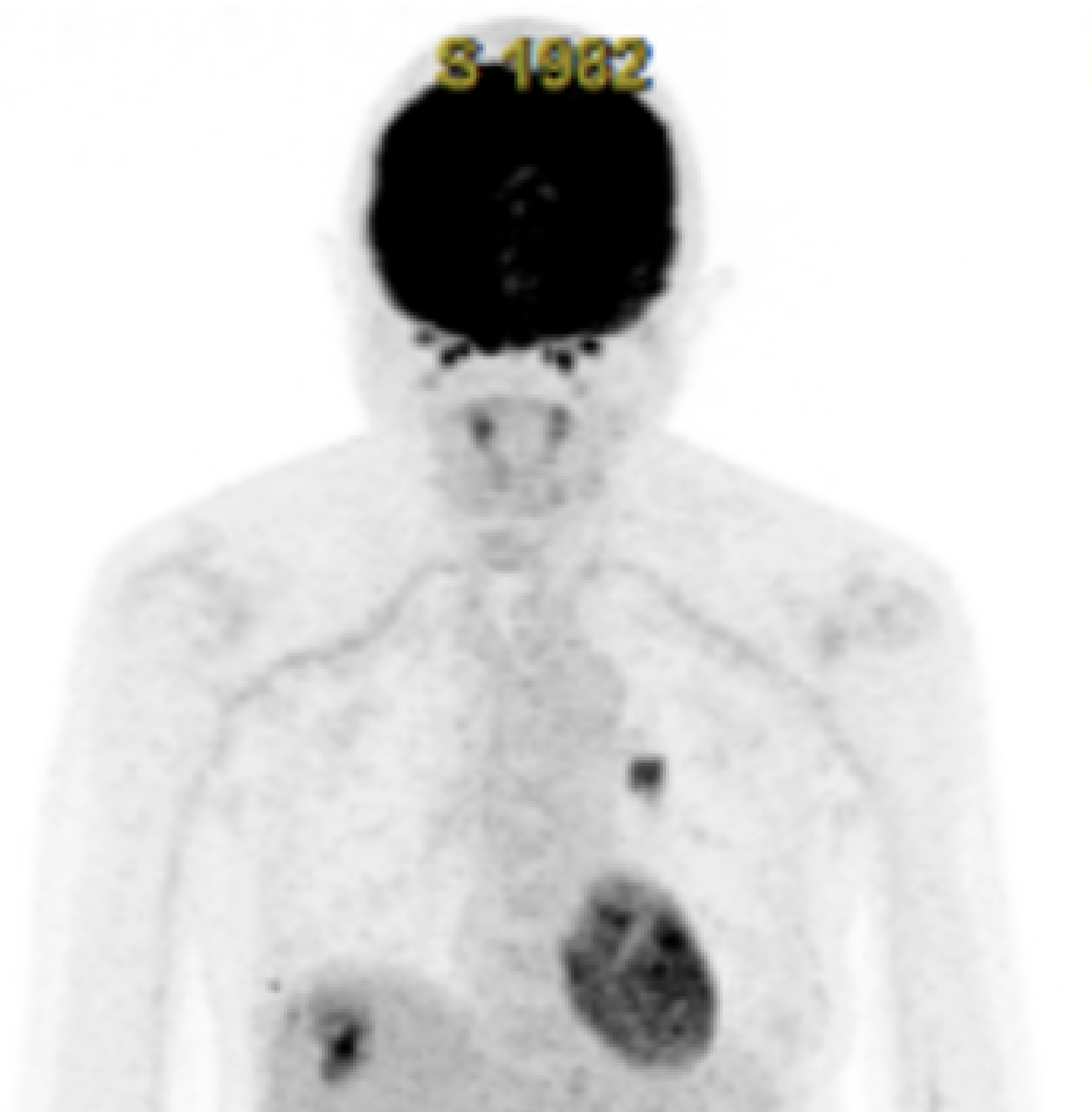


Figure 2 : Disparition de l'hypermétabolisme à la quatrième cure de NIVOLUMAB seul