

ÉPANCHEMENT PLEURAL

CONTEXTE

Terrain favorisat : Antécédents cardiovasculaires, hypercholestérolémie, HTA, antécédents d'auto-immunité, éruptions cutanées à l'IMATINIB.

Classe thérapeutique :

DASATINIB : Inhibiteurs de Tyrosine Kinase de seconde génération.

Retrouvé aussi plus rarement pour le BOSUTINIB et l'IMATINIB.

Quelques cas décrits dans la littérature pour METHOTREXATE, GEMCITABINE, CYCLOPHOSPHAMIDE.

Mécanisme d'action : Augmentation de la perméabilité endothéliale - Inflammation, activation immunitaire avec lymphocytes NK-T retrouvés dans le liquide pleural.

DIAGNOSTIC

Signes cliniques :

Toux sèche, dyspnée, douleur thoracique, asthénie.

Abolition du murmure vésiculaire, matité.

Examens paracliniques : L'imagerie thoracique permet de confirmer le diagnostic

Ponction pleurale :

- Liquide le plus souvent exsudatif avec prédominance lymphocytaire

- Peut être transudatif

- Quelques chylothorax ont été décrits : Liquide blanchâtre, triglycérides élevés

Élimination des autres diagnostics : Echographie cardiaque pour éliminer HTAP

Histoire naturelle : Utilisation chronique du DASATINIB, surtout dans les deux premières années - Un quart des patients environ

Échelles de sévérité :

- Échelle National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events :
 - Grade 1 : Asymptomatique
 - Grade 2 : Peu symptomatique avec traitements simples indiqués
 - Grade 3 : Symptomatique avec détresse respiratoire
 - Grade 4 : Risque vital
- En fonction du volume :
 - Faible : Emoussement de culs de sac pleuraux, < 500 mL
 - Moyen : Au delà des culs de sac pleuraux, < 30% de l'hémithorax
 - Large : > 30% de l'hémithorax

Complications : Détresse respiratoire aiguë

PRISE EN CHARGE

Traitements

- Asymptomatique et faible volume :
 - Radiographie de thorax tous les 3 mois pendant un an puis tous les 6 mois
- Symptomatique et faible volume :
 - Réduction de dose selon la réponse de la LMC
 - Discuter suspension temporaire pour les patients fragiles
 - Traitements associés : Diurétiques, courts traitements par corticoïdes
 - Contrôle à 1 mois, puis espacement
- Moyen ou grand volume :
 - Arrêt temporaire du traitement jusqu'à régression, reprise à dose réduite
 - Ponction pleurale évacuatrice
 - Discuter l'arrêt du traitement si ponction pleurale effectuée a plus de 2 reprises.

Mesures préventives : Surveillance rapprochée avec radiographie de thorax

Ajustement de posologie du médicament

- Réduction de dose selon la fragilité du patient et la réponse de la LMC si symptomatique
- Changement d'inhibiteur de Tyrosine Kinase si :
 - > 2 récurrences de ponction pleurale thérapeutique
 - Mauvaise réponse de la LMC du fait de la réduction de dose

