Open Access Original Research Article

MedPeer Publisher
Abbreviated Key Title: MedPeer
ISSN : 3066-2737
homepage: https://www.medpeerpublishers.com

TOXIDERMIE GRAVE AU LÉNALIDOMIDE : À PROPOS D'UN CAS

DOI: 10.70780/medpeer.000QGNY

AUTEUR ET AFFILIATION

MANJRA Hamza[1], MAACH Amine[1], JAOUAD Anouar[1], KERRAT Imane[1], EDDOU Hicham[1]

[1] Department of Clinical Hematology, Moulay Ismail Military Hospital, Meknes, Morocco

Corresponding author: MANJRA Hamza .

RÉSUMÉ

We report the case of a 71-year-old patient with multiple myeloma treated for his first relapse with lenalidomide-dexamethasone who rapidly developed fatal lenalidomide-related toxidermia.

Nous rapportons le cas d'un patient de 71 ans atteint d'un myélome multiple et traité pour sa première rechute par lénalidomide-dexaméthasone, qui a rapidement développé une toxidermie fatale liée à la lénalidomide.

MOTS-CLÉS

Myélome Multiple, Lénalidomide, Toxidermie

ARTICLE PRINCIPAL

Introduction :

Le lénalidomide est connu pour ses propriétés immunomodulatrices et trouve son indication dans les différents panels thérapeutiques notamment dans le cadre des syndromes lymphoprolifératifs [1] et des syndromes myélodysplasiques. Néanmoins sa toxicité n'est guère négligeable surtout sur le plan hématologique, neurologique et dans une moindre mesure, cutanée. Nous rapportons un cas de toxidermie grave mortelle chez un patient au cours de son premier cycle de traitement par lénalidomide

Observation :

Un homme de 71 ans suivi pour myélome multiple est diagnostiqué en 1ère rechute 3 ans après un traitement par VTD(Bortézomib, Thalidomide, Dexaméthsone). On a décidé ainsi de le traiter par lénalidomide–dexaméthasone. Dix jours après le début du lénalidomide le patient a présenté une éruption cutanée rapidement généralisée prurigineuse évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'anamnèse ne retrouve l'introduction d'aucun nouveau médicament à part le lénalidomide.

L'examen clinique trouve un patient en état de choc, avec une tension artérielle à 63/41 mmHg, une fréquence cardiaque à 122 bpm, une température corporelle à 35 ◦C, une cyanose périphérique, des extrémités froides, une oligurie et une éruption cutanée intéressant tout le corps respectant les mains et les pieds faite de plaques érythémateuses finement squameuses bien limitées confluentes en grand placard (Figure 1, 2). Le bilan biologique réalisé objective un syndrome inflammatoire avec une CRP à 185 mg/l et insuffisance rénale aiguë avec créatinine à 750 µmol/l. L'hémogramme retrouve une pancytopénie : hémoglobine à 70 g/L, thrombopénie à 41 G/L, une neutropénie à 0,5 G/L. Le patient ainsi est mis rapidement sous noradrénaline, une large antibiothérapie visant le staphylocoque et les bacilles gram négatives, les facteurs de croissance granulocytaire(G-CSF), méthylprednisolone intraveineuse à la dose de 2 mg/kg par jour et des anti-histaminiques. L'évolution est marquée par l'aggravation de la thrombopénie et l'anémie, l'augmentation des besoins en noradrénaline, la persistance de l'oligurie, la dégradation de l'état neurologique et le décès après 04 jours.

Discussion :

Le lénalidomide est un immunomodulateur de nouvelle génération dérivé du thalidomide occupant une place prépondérante dans le traitement du myélome multiple en première ligne ou en rechute ainsi que dans le traitement des syndromes myélodysplasiques et la majorité des syndromes lymphoprolifératifs.

Concernant sa tolérance clinico-biologique 95% des patients présentent au moins un effet indésirable au cours de l'utilisation du lénalidomide, selon la HAS environ [2].

La toxicité hématologique vient en chef de fil des effets indésirables et les principales toxicités dose-limitantes sont la neutropénie et la thrombopénie. Ainsi un hémogramme doit être réalisé avant le traitement puis de façon très rapprochée au cours des premiers cycle [2].

Concernant la toxicité cutanée, des réactions cutanées sévères, comme le syndrome de Stevens-Johnson (SJS), le syndrome de Lyell et une réaction médicamenteuse accompagnée d'une éosinophilie et de symptômes systémiques (DRESS), ont été rapportées pendant le traitement par le lénalidomide et dans ces cas le traitement par le lénalidomide doit être arrêté et ne doit pas être repris après la résolution de ces réactions. Une interruption ou l'arrêt du traitement par le lénalidomide doit être envisagé(e) en cas d'autres formes de réaction cutanée. Les patients ayant des antécédents d'éruption sévère associée au thalidomide ne doivent pas recevoir le lénalidomide [2].

Conclusion

La toxicité cutanée du lénalidomide reste une complication peu fréquente et le plus souvent facilement gérable quand il s'agit de réaction mineure à type de rash cutané ou simple prurit. Néanmoins des réactions cutanées sévères peuvent survenir et être responsable de complications fatales, d'où l'intérêt de l'information et l'éducation du patient concernant ces réactions, lors de la prescription du lénalidomide ou tout autre médicament et l'inciter à consulter rapidement afin de bénéficier d'une prise en charge précoce

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication.

REFERENCES

1. Kritharis A, Coyle A, Sharma J, Evens A M. Blood. 2015 Mar 3;125(16):2471-2476. doi: 10.1182/blood-2014-11-567792
https://doi.org/10.1182/blood-2014-11-567792

2.https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202004/revlimid_01042020_synthese_ct17997.pdf