

Peu connus, souvent négligés

Médicaments pneumotoxiques

PD Dr méd. Christian F. Clarenbach, PD Dr méd. Daniel Franzen

Klinik für Pneumologie, Universitätsspital Zürich, Zürich

Correspondance:

PD Dr. med.

Christian F. Clarenbach
Klinik für Pneumologie
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
Christian.Clarenbach[at]
usz.ch



Christian F. Clarenbach



Daniel Franzen

Il existe des médicaments qui peuvent fortement endommager les poumons. Lorsqu'une atteinte pulmonaire d'origine toxique médicamenteuse est détectée à temps, l'arrêt du médicament déclenchant et une corticothérapie systémique permettent dans la plupart des cas d'obtenir une amélioration rapide.

L'atteinte pulmonaire d'origine toxique médicamenteuse ne se présente pas de manière uniforme et elle n'est dès lors le plus souvent pas évidente d'emblée. Outre une pneumopathie manifeste, comme dans le cas décrit par Egli et al. dans ce numéro du *Forum Médical Suisse* [1], une pneumonie organisée, une pneumonie éosinophilique, une fibrose pulmonaire ou d'autres formes d'atteinte du tissu pulmonaire peuvent également survenir. Parmi les médicaments pneumotoxiques classiques figurent l'amiodarone, le méthotrexate, la bléomycine et la nitrofurantoïne. Toutefois, aujourd'hui, ce sont avant tout les anticorps modernes qui sont en cause, à savoir les médicaments biologiques, tels que le rituximab, et les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires, tels que le nivolumab, le pembrolizumab, l'ipilimumab ou le durvalumab. Concernant le mécanisme causal, outre une toxicité directe d'origine immunologique de ces médicaments, il convient également de mentionner les infections pulmonaires associées au traitement.

Une toux relativement anodine consécutive à un traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine est en général rapidement reconnue et maîtrisée par le biais d'une adaptation du traitement. Mais comment procéder lorsqu'il s'agit d'un traitement du mélanome d'importance vitale, qui provoque des symptômes respiratoires et altère la fonction pulmonaire? Dans ce cas, il convient de déterminer de

façon interdisciplinaire si la poursuite du traitement sous surveillance avec/sans corticoïdes ou l'arrêt du traitement constitue la meilleure solution.

Particulièrement en ces temps où la polypharmacie est répandue chez les personnes âgées, il peut être difficile d'identifier rapidement un médicament potentiellement pneumotoxique. Il existe cependant d'excellents sites internet qui apportent un soutien à cet égard et sont, pour certains, disponibles sous forme d'application à télécharger. Il convient ici de mentionner et de recommander le site internet le plus connu, www.pneumotox.com. Tous les effets indésirables pneumotoxiques de médicaments qui ont un jour été décrits y sont mentionnés. Outre des renseignements sur la forme d'atteinte pulmonaire, le site internet renvoie aussi vers des cas ou études connexes publiés dans la littérature.

En cas de suspicion correspondante ou de «pneumonie résistante aux antibiotiques», il convient dans tous les cas de réaliser une tomodensitométrie des poumons, ainsi qu'une bronchoscopie avec lavage bronchoalvéolaire (LBA). Ce dernier examen sert tout particulièrement à exclure une infection. Un profil cellulaire lymphocytaire-éosinophilique mixte à l'examen cytologique du LBA est très évocateur d'une pneumopathie d'origine médicamenteuse. Quod erat demonstrandum... comme le décrivent Egli et al. de façon illustrative et instructive dans leur article.

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Référence

- 1 Egli S, Hess T, Goede J. Pneumopathie d'hypersensibilité. *Forum Med Suisse*. 2021;21(43-44):758-760.