

Prise en charge – Pneumopathie (inflammation des alvéoles pulmonaires)

Évaluation

Observer :

- Est-ce que le patient semble mal à l'aise ?
- Le patient a-t-il eu de la difficulté à se rendre à pied à la salle de consultation ? Ou à monter les escaliers ?
- Le patient semble-t-il essoufflé ?
- Le patient est-il tachypnéique ?
- Le patient semble-t-il en détresse respiratoire ?

Interroger :

- Le patient a-t-il noté un changement dans sa respiration ?
- Le patient ressent-il un essoufflement ?
- Le patient note-t-il une nouvelle dyspnée à l'effort ?
- Le patient remarque-t-il une nouvelle toux ? Ou un changement dans une toux existante ?
 - o Est-ce une toux sèche ou une toux productive ?
- Les symptômes se sont-ils aggravés ?
- Les symptômes limitent-ils les AVQ ?
- Symptômes associés ?
 - o Fatigue
 - o Respiration sifflante

Reconnaitre :

- La saturation en oxygène est-elle basse ? Est-elle inférieure au niveau de référence ou comparé à celle de la dernière visite ? Est-elle basse lors des déplacements ?
- S'agit-il d'une maladie auto-immune pulmonaire préexistante (exemple : sarcoïdose) ?
- Le patient a-t-il des métastases pulmonaires ?
- Antécédents d'irradiation pulmonaire ?
- Y a-t-il des antécédents de troubles respiratoires (exemple : asthme, BPCO, insuffisance cardiaque congestive) ?
- Le patient a-t-il subi d'autres effets indésirables liés au système immunitaire ?

Classification de la toxicité

Pneumopathie

Définition : Trouble caractérisé par une inflammation affectant de façon focale ou diffuse le parenchyme pulmonaire.

Niveau 1 (Léger)

Asymptomatique ; Confiné à un seul lobe du poumon ; observations cliniques ou diagnostiques seulement ; intervention non indiquée

Niveau 2 (Modéré)

Symptomatique ; intervention médicale indiquée ; Limitation des AVQ instrumentales

Niveau 3 (Grave)

Symptômes graves, limitant l'autonomie et l'AVQ, oxygénothérapie nécessaire

Niveau 4 (potentiellement mortel)

Atteinte respiratoire mettant la vie en danger ; intervention urgente indiquée (trachéostomie, intubation)

Niveau 5 (Décès)

Gestion

Stratégie globale :

- Rechercher d'autres étiologies à la dyspnée comme l'infection (exemple : prélèvement nasal pour les pathogènes viraux ; culture d'expectorations), l'embolie pulmonaire, les métastases pulmonaires progressives, l'épanchement pleural.
- Intervention précoce pour maintenir ou améliorer les symptômes et leur impact sur la qualité de vie
- Évaluer de la saturation en oxygène (au repos et à l'effort) au début de l'immunothérapie et à chaque visite pour aider au diagnostic précoce de pneumopathie
- Envisager une tomographie pulmonaire ou une radiographie pour dépister de nouvelles métastases pulmonaires et surveiller l'efficacité des
- Évaluer la compréhension des recommandations et leur justification par le patient et son entourage
- Identifier les obstacles à l'observance, en particulier au suivi du traitement médicamenteux et à l'activité physique.

Prévention

- Diminuer ou cesser de fumer ; vaccinations préventives contre la grippe et le pneumocoque

Niveau 1 (Léger)

- Prévoir la poursuite de l'immunothérapie
- Poursuivre la surveillance au moyen d'examens radiologiques (toutes les 2 à 4 semaines, si besoin).
- Education du patient et de son entourage aux symptômes respiratoires devant alerter. Réévaluer ces symptômes à chaque visite
- Poursuivre la surveillance de la saturation en oxygène (au repos et en mouvement)
- Évaluer la compréhension des recommandations et leur justification par le patient et son entourage
- Identifier les obstacles au suivi

Niveau 2 (Modéré)

- L'immunothérapie doit être suspendue pour les événements de niveau 2 (reprendre au niveau 0/1).
- L'immunothérapie doit être interrompue en cas d'événements récurrents (pembrolizumab, nivolumab) ou persistants de niveau 2 (ipilimumab, pembrolizumab, nivolumab)
- Surveiller la saturation en oxygène (au repos et en mouvement) 3/j pendant 7 jours
- Traitement :
 - o corticothérapie (exemple : prednisone 1-2 mg/kg/jour ou équivalent) jusqu'à régression des symptômes, suivie d'une diminution lente pendant au moins un mois.
 - o Si les symptômes ne régressent pas dans les 48 à 72 heures, la dose de corticoïde* sera augmentée. Les corticoïdes IV* peuvent être envisagés si aucune amélioration n'est constatée dans les 72 heures, traiter comme un cas de niveau 3.
 - o Traitements symptomatiques associés (oxygène, bronchodilatateurs...)
- Mesures associées à la corticothérapie

Niveaux 3/4 (grave ou mortel)

- Arrêt définitif de l'immunothérapie pour les événements de niveau 3/4
- Avis et prise en charge spécialisée en pneumologie
- Hospitalisation pour une prise en charge plus poussée et des soins de soutien
- Corticothérapie IV à forte dose* (exemple : méthylprednisolone 1-4 mg/kg/jour ou équivalent).
- jusqu'à régression des symptômes ou retour à un niveau 1, puis relais per os à une dose équivalente de corticoïdes oraux, puis diminution progressive sur au moins un mois
- Mesures associées à la corticothérapie
- Recours aux agents immunosuppresseurs, si les symptômes ne disparaissent pas après 48 à 72 heures (exemple : infliximab, mycophénolate, cyclophosphamide, Ig IV)
- Évaluer la compréhension des recommandations et leur justification par le patient et son entourage
- Identifier les obstacles au suivi

Administration de corticostéroïdes :

- Recommandations pour la décroissance progressive des corticoïdes données à titre indicatif, à adapter au cas par cas
- La réduction doit tenir compte du profil actuel des symptômes du patient.
- Suivi étroit en consultation ou par téléphone, selon les besoins individuels et la symptomatologie.
- Administrer quotidiennement un traitement anti-acide pour prévenir les ulcères gastriques pendant la prise de stéroïdes (p. ex., inhibiteur de la pompe à protons ou antagoniste H2, si la dose de prednisone est >20 mg/jour).
- Vérifier les effets secondaires des stéroïdes : changements d'humeur (colère, réaction, hyper attention, euphorie, manie), augmentation de l'appétit, interruption du sommeil, muguet buccal, rétention hydrique.
- Surveillez l'absence de réapparition des symptômes cutanés suite à la réduction progressive des stéroïdes et signalez-les (la réduction peut être ajustée).

Des stéroïdes à forte dose et à long terme :

- Envisager une prophylaxie antimicrobienne (sulfaméthoxazole/triméthoprime double dose 1 fois par semaine ; dose unique, si utilisée quotidiennement) ou alternative si allergique aux sulfamides
- Envisager une couverture anti-virale et anti-fongique supplémentaire.
- Éviter l'alcool/acétaminophène ou les autres hépatotoxiques.
- En cas d'utilisation prolongée de stéroïdes, il y a un risque d'ostéoporose ; prendre des suppléments de calcium et de vitamine D.

Mise en œuvre :

- Identifier les personnes à risque élevé (exemple : asthme, BPCO, antécédent de radiothérapie thoracique) et celles qui présentent des symptômes cardio-pulmonaires avant d'entreprendre une immunothérapie. Évaluer la fonction cardio-respiratoire de base, y compris la saturation en oxygène (au repos et en mouvement).
- Informer les patients que les symptômes pulmonaires nouveaux ou aggravés/inhabituels doivent être signalés immédiatement.
- Prévoir que les besoins en corticoïdes pour gérer la pneumopathie sont élevés (jusqu'à 1-2 mg/kg/j) et le patient est sous corticothérapie pendant au moins 1 mois.
- Informer les patients et leur famille sur les raisons de l'arrêt de l'immunothérapie chez les patients qui développent une pneumopathie modérée ou grave.
- En cas de pneumopathie grave ou potentiellement mortelle, traiter le patient comme un patient immunodéprimé. Les examens complémentaires doivent inclure un prélèvement nasopharyngé (viral), des cultures d'expectorations, de sang et d'urine.

SIGNES D'ALARME :

- **Risque de crise aiguë**
- **Risque de décès, si le traitement de la pneumopathie est retardé**
- **Le risque de pneumopathie est plus élevé chez les patients recevant des traitements d'immunothérapie combinés.**

