Hémoptysies inexpliquées dans la polyarthrite rhumatoïde: et si c'était le méthotrexate?

Wafa Letifi, résidente, service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
Autres auteurs, équipe:
- Sonia Rekik, Professeure, service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Soumaya Boussaid, MCA, service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Khaoula Zouaoui, Assistante, service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Safa Rahmouni, Assistante, service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Hela Sahli, Professeure, service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction

Le méthotrexate, traitement de référence de la PR, peut entraîner diverses toxicités pulmonaires, allant jusqu'à des atteintes interstitielles ou fibrosantes. L'hémoptysie reste toutefois exceptionnelle sous MTX. Nous présentons deux patientes suivies pour PR chez qui ce traitement a été identifié comme cause d'une hémoptysie modérée.

Cas clinique 1

Femme, 60 ans
Suivie pour une PR immunopositive érosive évoluant depuis environ 20 ans
Traitée par: MTX pendant 10 ans => anti-TNF => Puis anti-CD20 (rituximab) après échec secondaire

HDM : Deux épisodes d'hémoptysie de faible abondance, sans facteur déclenchant :
– 1er épisode : avant biothérapie, non signalé
– 2e épisode : 10 mois après la dernière cure de rituximab, sous MTX seul (10 mg/semaine)

TDM thoracique: Pas d'embolie pulmonaire, Pas d'hémorragie intra-alvéolaire active, Bronchiolite cellulaire bibasale

Explorations: Enquête tuberculeuse (IDR & RBK (crachat et urines) négatifs)
Enquête néoplasique: pas de néoplasie pulmonaire / laryngée ou du cavum
Les vascularites notamment à ANCA étaient peu probables, ANCA négatifs

Enquête de pharmacovigilance à la lumière de ces données : rôle probable du MTX, d'où arrêt du MTX

Cas clinique 2

Femme, 63 ans
Suivie pour une PR immunopositive érosive évoluant depuis 10 ans
Traitée par : MTX, SLZ, faibles doses de CT => anti-TNF après 3 ans d'évolution
Le MTX a été arrêté par la patiente pour intolérance digestive, puis repris à faibles doses.

HDM : deux épisodes d'hémoptysie de moyenne abondance, jugulés par étamsylate

TDM thoracique : nodules rhumatoïdes pulmonaires, pas d'hémorragie intra-alvéolaire active
Explorations : Enquête néoplasique négative, Enquête tuberculeuse négative, ANCA négatifs, vascularite peu probable

Enquête de pharmacovigilance: rôle probable du MTX, d'où arrêt du MTX

Discussion

Le MTX peut être responsable de multiples toxicités pulmonaires, allant de pneumopathies interstitielles à des lésions fibrosantes ou destructrices. Ces atteintes peuvent mimer les manifestations pulmonaires propres à la PR, compliquant ainsi l'identification de la cause. L'hémoptysie demeure un signe exceptionnel dans ce contexte, surtout en l'absence d'infection, de néoplasie ou de vascularite associée, malgré un traitement prolongé par MTX.

Conclusion

Chez les patients atteints de PR sous MTX, l'hémoptysie impose une évaluation étiologique approfondie. Le MTX peut favoriser une HIA ou aggraver des nodules rhumatoïdes pulmonaires. Une surveillance attentive est nécessaire, avec arrêt du traitement dès que sa responsabilité est envisagée.