

Rituximab et pneumocystose pulmonaire chez les patients atteints de maladie systémique

Les anticorps monoclonaux anti-CD20, au premier rang desquels le RITUXIMAB, ont une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique des maladies de système. Leur action exclusive sur les lymphocytes B et les résultats des études randomisées les ont grevés d'une certaine sécurité d'emploi en termes de risque infectieux.

Néanmoins plusieurs case-reports ont été publiés concernant des infections à *Pneumocystis jirovecii* chez des patients recevant le RITUXIMAB en monothérapie ou associé à d'autres agents immunosuppresseurs dans le cadre de pathologie hématologique ou de maladie de système, notamment récemment dans notre centre dans le cadre d'un PHRC national. Les analyses systématiques de la littérature en hématologie sont contradictoires sur le risque de pneumocystose pulmonaire, et souffrent de nombreux facteurs confondants : pathologie sous-jacente, agents immunosuppresseurs co-prescrits, et chimioprophylaxie par co-trimoxazole plus importante. Une seule série de pneumocystose pulmonaire sous RITUXIMAB a, à notre connaissance, été publiée jusqu'à aujourd'hui, elle concernait 30 patients et seuls deux n'étaient pas atteints de pathologie hématologique maligne (Granulomatose avec polyangéite, et polyarthrite rhumatoïde). Plusieurs études expérimentales semblent montrer le rôle important des lymphocytes B dans l'immunopathologie de la pneumocystose pulmonaire. On note également avec le développement de nouveaux outils diagnostiques, comme la biologie moléculaire, une augmentation de la sensibilité de la détection de *Pneumocystis jirovecii* avec une frontière entre colonisation et infection parfois difficile à établir.

Nous savons également qu'il existe des différences entre la pneumocystose pulmonaire selon le statut sérologique pour le VIH : les patients VIH-négatifs ont une évolution plus rapide, un taux d'hospitalisation en réanimation plus important et une mortalité plus élevée. De plus il existe une mauvaise corrélation entre le taux de CD4+ circulants chez les patients VIH-négatifs et le risque de pneumocystose pulmonaire. Or il existe une chimioprophylaxie efficace mais non dénuée d'effets indésirables. Il nous semble donc important de décrire les infections à *Pneumocystis jirovecii* chez les patients traités par RITUXIMAB dans le cadre de pathologie systémique afin de cibler les patients devant recevoir une chimioprophylaxie, par co-trimoxazole notamment.

Nous vous proposons donc de colliger les cas d'infection à *Pneumocystis jirovecii* chez les patients traités par RITUXIMAB hors pathologie hématologique maligne et polyarthrite rhumatoïde soit en remplissant le formulaire, soit en nous signalant les patients afin que nous nous déplaçons dans votre centre pour recueillir les données.

En vous remerciant de votre participation.

Bien cordialement.