

Hyperéosinophilie sous ustékinumab associée à une récurrence et aggravation après changement par sécukinumab [Ustekinumab-induced hypereosinophilia associated with recurrence and worsening after switching by secukinumab]

Thomas Schiestel

Centre Régional de Pharmacovigilance, Hôpital Fernand Widal, 200, rue du faubourg Saint-Denis, 75475 Paris cedex 10, France

Corresponding author: Dr. Thomas Schiestel, E-mail: thomas_schiestel@hotmail.fr

Sir,

Nous rapportons le cas d'une femme de 42 ans, hypothyroïdienne sous traitement, atteinte depuis l'adolescence d'un psoriasis cutané avec rhumatisme psoriasique axial qui développa une hyperéosinophilie avec ustékinumab puis sécukinumab.

Elle avait déjà reçu entre 2012 et 2015 de la ciclosporine, du méthotrexate et de l'étanercept, puis de l'ustékinumab de 2015 à 2017, de l'infliximab de 2017 à 2018 et du sécukinumab à partir de décembre 2018. Une hyperéosinophilie à 3200/mm³ était constatée pour la première fois en mars 2017 (sous ustékinumab). Le bilan auto-immun, hématologique, néoplasique et parasitaire exhaustif était négatif. L'hyperéosinophilie disparaissait mais récidivait en novembre 2017 puis en septembre 2018 avec des polynucléaires éosinophiles inférieurs à 3000/mm³, d'amélioration spontanée. Un traitement par sécukinumab était débuté le 17/12/18 selon le schéma habituel. Trois semaines après l'injection du 06/02/19, la patiente signalait une altération de l'état général et des douleurs abdominales avec vomissements. Elle était alors hospitalisée en dermatologie et son traitement interrompu. Les examens montraient une éosinophilie supérieure à 15000/mm³ et une entérite jéjunale et iléale diffuse marquée sur le scanner abdominal. Des examens endoscopiques digestifs ne montraient pas d'anomalie

macroscopique mais il existait des lésions de gastrite interstitielle active associées à une éosinophilie importante du chorion sur les biopsies systématiques. Un nouveau bilan exhaustif d'hyperéosinophilie était négatif. L'évolution clinique et biologique était favorable, avec disparition totale de l'hyperéosinophilie en avril 2019. La patiente est aujourd'hui rétablie.

Aucun cas d'hyperéosinophilie avec l'ustékinumab ou le sécukinumab n'a été retrouvé dans la littérature. Quatre cas d'hyperéosinophilie ont été retrouvés avec l'ustékinumab dans la base nationale française de pharmacovigilance mais aucun cas avec le sécukinumab n'a été recensé. En revanche, la base de l'Organisation Mondiale de la Santé mentionne 15 cas d'hyperéosinophilie sous sécukinumab, dont trois possiblement associées à une atteinte digestive (29 cas avec ustékinumab). Chez notre patiente, l'accroissement de l'éosinophilie pendant les cycles d'anti interleukine-17 (IL-17) et sa disparition rapide après son arrêt sont en faveur de la responsabilité du médicament. Le début de l'éosinophilie avant le traitement est un argument contre mais on peut suggérer une responsabilité initiale de l'ustékinumab, dont la cible cytokinique principale (IL-23) est située en amont de celle du sécukinumab (IL-17) [1-3]. Un effet de classe entre les deux inhibiteurs de l'interleukine est envisageable. Aussi, nous n'avons pas tenté d'épreuve de réintroduction. Etant donné l'absence d'une autre

How to cite this article: Schiestel T. Hyperéosinophilie sous ustékinumab associée à une récurrence et aggravation après changement par sécukinumab [Ustekinumab-induced hypereosinophilia associated with recurrence and worsening after switching by secukinumab]. Our Dermatol Online. 2020;11(Supp. 1):40-41.

Submission: 11.06.2020; **Acceptance:** 12.07.2020

DOI: 10.7241/ourd.2020S.9

étiologie retrouvée, le rôle de sécukinumab dans la survenue et/ou dans l'aggravation de cette atteinte éosinophilique et digestive ne peut pas être exclu.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tout particulièrement le service de Dermatologie de l'hôpital Saint-Louis, 1 Avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris, pour nous avoir adressé ce cas.

Consent

The examination of the patient was conducted according to the Declaration of Helsinki principles.

The authors certify that they have obtained all appropriate patient consent forms. In the form the patient(s) has/have given his/her/their consent for his/her/their images and other clinical information

to be reported in the journal. The patients understand that their names and initials will not be published and due efforts will be made to conceal their identity, but anonymity cannot be guaranteed.

RÉFÉRENCES

1. Mease P, McInnes I B. Secukinumab: A new treatment option for psoriatic arthritis. *Rheumatol Ther.* 2016;3:5-29.
2. Jeon C, Sekhon S, Yan D, Affifi L, Nakamura M, Bhutani T. Monoclonal antibodies inhibiting IL-12, -23, and -17 for the treatment of psoriasis. *Hum Vaccin Immunother.* 2017;13:2247-59.
3. Fasching P, Stradner M, Graninger W, Dejaco C, Fessler J. Therapeutic potential of targeting the Th17/Treg axis in autoimmune disorders. *Molecules.* 2017;22:134.

Copyright by Thomas Schiestel. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.