

# Étude dans la vie réelle de l'association d'un traitement immunosuppresseur avec l'Infliximab et l'Adalimumab dans la colite ulcéreuse

S. Vieujean, E. Louis, C. Reenaers – Département de Gastro-entérologie – CHU Liège, Belgique

## OBJECTIF

Le traitement combiné par immunosuppresseur (IS) et Infliximab (IFX) a démontré sa supériorité dans la maladie de Crohn tandis que son bénéfice avec l'Adalimumab (ADA) reste davantage controversé. Bien que certaines études suggèrent un avantage du traitement combiné avec l'IFX dans la colite ulcéreuse hémorragique (RCH) peu de données sont disponibles pour étayer son efficacité dans cette pathologie. L'objectif de cette étude est de comparer, dans la vie réelle, l'efficacité d'une monothérapie par anti-TNF (IFX et ADA) au traitement combiné par anti-TNF+IS dans le traitement de maintenance de la RCH.

## MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective des patients atteints de RCH, traités par IFX ou ADA, dans 2 centres hospitaliers belges, l'un académique et l'autre régional. La période de traitement a été divisée en semestres. Un semestre en traitement combiné était défini par la prise d'anti-TNF+IS de minimum 3 mois durant le semestre. Un semestre en échec était défini par l'arrêt de l'anti-TNF durant le semestre en raison, soit d'une perte de réponse secondaire, soit d'effets secondaires liés au traitement, soit d'une chirurgie de la RCH. La majoration du traitement anti-TNF (raccourcissement des intervalles ou augmentation de dose) et l'ajout de corticoïdes durant le semestre ont été relevés. Les semestres avec et sans échec et les semestres avec et sans augmentation de dose ou prise de corticoïdes ont été comparés par analyses univariées et multivariées. Les patients ayant reçu 6 mois d'anti-TNF+IS durant le premier semestre ont fait l'objet d'une sous-analyse.

## RÉSULTATS

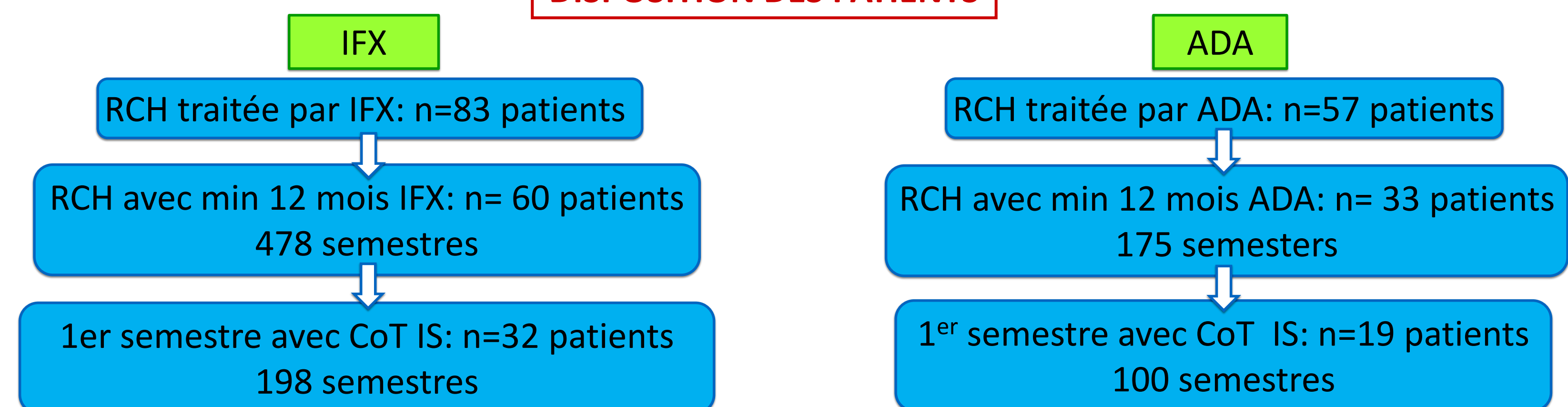
478 semestres chez 60 patients sous IFX et 175 semestres chez 33 patients sous ADA ont été inclus. Les durées moyennes du traitement par IFX et ADA étaient respectivement de 49 (±33) mois et de 38 (±19) mois. Parmi les patients traités par IFX, 32/60 ont bénéficié d'un traitement par IFX+IS durant le premier semestre. L'IFX a été administré en monothérapie au cours de 361/478 semestres (76%). Respectivement 218/478 (46%) et 78/478 (16%) semestres sous IFX ont nécessité une escalade de dose de l'anti-TNF et la prise de corticoïdes. Le traitement par IFX+IS était associé à plus de semestres en échec (5% vs 3%, p=0,02) et numériquement plus de semestres avec escalade de dose de l'anti-TNF (64% vs 28%, p=0,06). Aucune différence n'a été démontrée concernant la prise de corticoïdes (p=0,63). La prise d'IS durant le premier semestre n'était pas associée à un risque inférieur d'échec ultérieur de l'IFX (p=0,41) ni à une survie plus longue sans arrêt de l'IFX (p=0,20). La poursuite de l'IS au-delà du premier semestre n'était pas associée à moins de semestres en échec (p=0,18). Parmi les patients sous ADA, 19/33 ont bénéficié d'un traitement par IS durant le premier semestre. L'ADA a été administré en monothérapie au cours de 93/175 semestres (53%). Respectivement 84/175 (48%) et 42/175 (24%) semestres sous ADA ont nécessité une augmentation de dose de l'anti-TNF et la prise de corticoïdes. Le traitement par ADA+IS n'était pas associé à un nombre inférieur de semestres en échec (7% vs 5%, p=0,58) ni à un recours moindre aux corticoïdes (p=0,63). Davantage de semestres sous ADA+IS ont nécessité une escalade de dose de l'anti-TNF (61% vs 30%, p=0,01). La prise d'IS durant le premier semestre n'était pas associée à un risque inférieur d'échec ultérieur du traitement par ADA (p=0,84) ni à une survie plus longue sans arrêt de l'ADA (p=0,78). La poursuite de l'IS au-delà du premier semestre n'était pas associée à un nombre moindre de semestres ultérieurs en échec (p=0,20).

## CONCLUSION

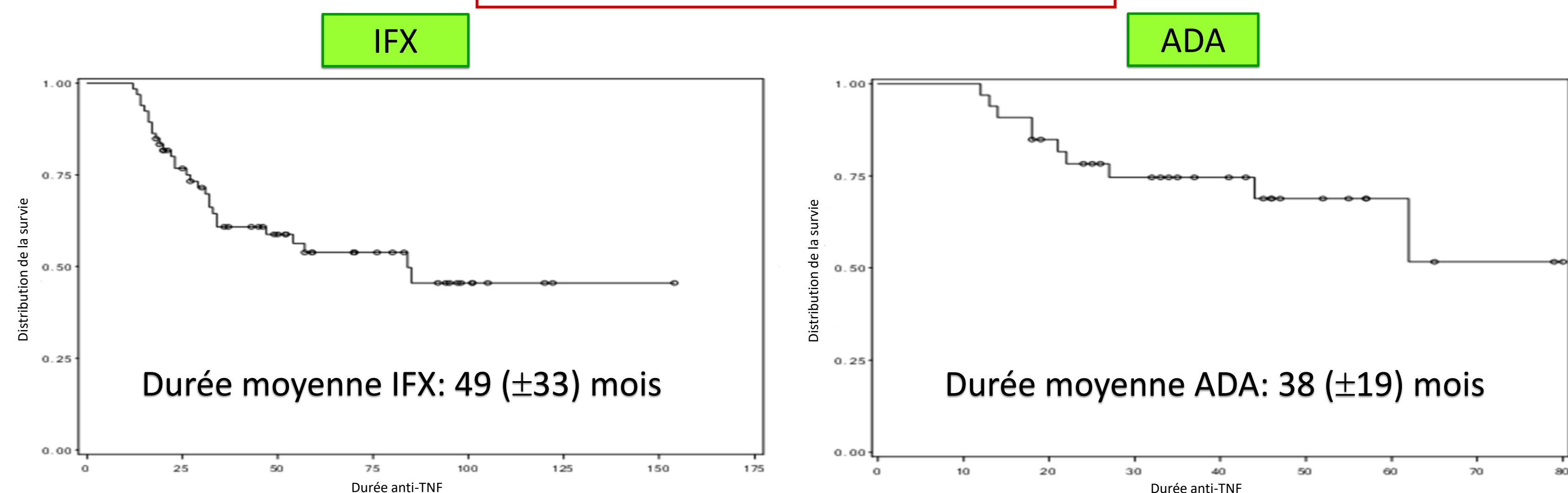
Dans la vie réelle, le traitement combiné par IFX+IS et ADA+IS durant le premier semestre ou poursuivi ultérieurement n'était pas associé à moins d'escalade de dose de l'anti-TNF, à un recours moindre aux corticoïdes ni à un taux inférieur d'échec du traitement par anti-TNF.

| Caractéristiques des patients            |                             | Tous les patients (n=93) (%) | Patients IFX (n=60) (%) | Patients ADA (n=33) (%) |
|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Sexe masculin                            |                             | 47 (50)                      | 30 (50)                 | 17 (51,5)               |
| Centre hospitalier universitaire         |                             | 84 (90)                      | 55 (91,7)               | 29 (87,9)               |
| Age au diagnostic (années, médiane ± SD) |                             |                              | 32 ± 15                 | 28 ± 16                 |
| Age Montréal                             |                             |                              |                         |                         |
|  | A1                          | 6 (6,4)                      | 3 (5)                   | 3 (9,1)                 |
|  | A2                          | 61 (65,6)                    | 40 (66,7)               | 21 (63,6)               |
|  | A3                          | 26 (27,9)                    | 17 (28,3)               | 9 (27,3)                |
| Extension de la maladie au diagnostic    |                             |                              |                         |                         |
|  | E1                          | 18 (19,3)                    | 12 (20)                 | 6 (18,2)                |
|  | E2                          | 56 (60,2)                    | 37 (61,7)               | 19 (57,6)               |
|  | E3                          | 19 (20,4)                    | 11 (18,3)               | 8 (24,2)                |
| Tabac                                    |                             |                              |                         |                         |
|  | Jamais                      | 61 (65,6)                    | 36 (60)                 | 25 (75,8)               |
|  | Oui                         | 8 (8,6)                      | 7 (11,7)                | 1 (3)                   |
|  | Non                         | 24 (25,8)                    | 17 (28,3)               | 7 (21,2)                |
| Antécédents familiaux                    |                             |                              |                         |                         |
|  | Non                         | 80 (86)                      | 51 (85)                 | 29 (87,9)               |
|  | 1er degré                   | 4 (4,3)                      | 3 (5)                   | 1 (3)                   |
|  | > 1er degré                 | 9 (9,6)                      | 6 (10)                  | 3 (9,1)                 |
| IFX avant le semestre                    |                             | 26 (27,9)                    | 3 (5)                   | 23 (69,7)               |
| IFX: raison de l'arrêt                   |                             |                              |                         |                         |
|  | Absence de réponse primaire | 5 (20)                       | 0 (0)                   | 5 (22,7)                |
|  | Perte de réponse            | 8 (32)                       | 1 (33,3)                | 7 (31,8)                |
|  | Intolérance                 | 1 (4)                        | 1 (33,3)                | 0 (0)                   |
|  | Réaction perfusionnelle     | 6 (24)                       | 0 (0)                   | 6 (27,3)                |
|  | Infection                   | 1 (4)                        | 0 (0)                   | 1 (4,5)                 |
|  | Autre                       | 4 (16)                       | 1 (33,3)                | 3 (13,6)                |
| ADA avant le semestre                    |                             | 2 (2)                        | 2 (3,3)                 | 0 (0)                   |
| ADA: raison de l'arrêt                   |                             |                              |                         |                         |
|  | Absence de réponse primaire | 2 (100)                      | 2 (100)                 | 0 (0)                   |
|  | Perte de réponse            | 0 (0)                        | 0 (0)                   | 0 (0)                   |

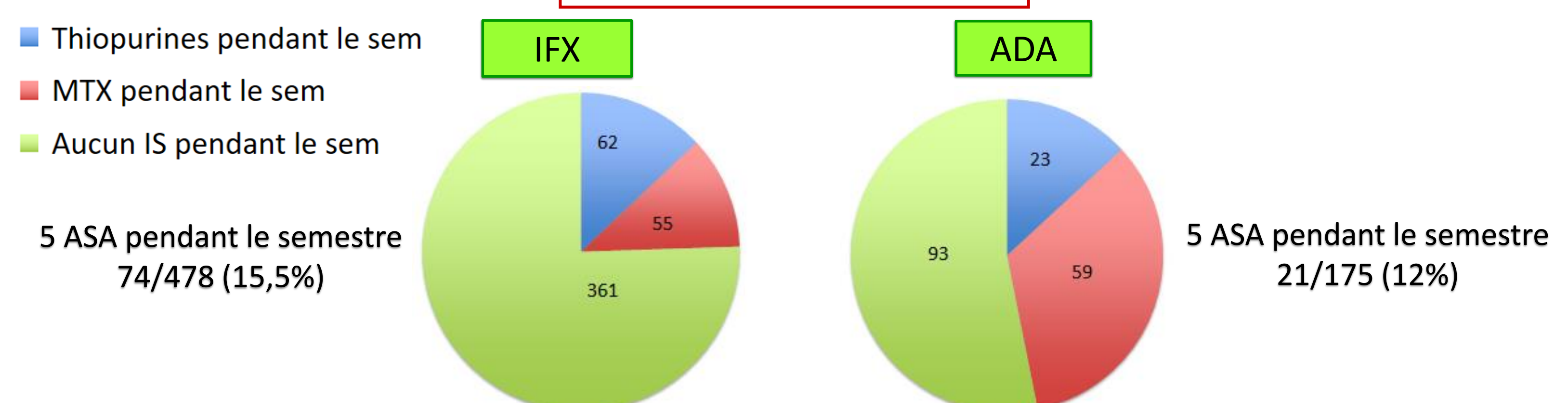
## DISPOSITION DES PATIENTS



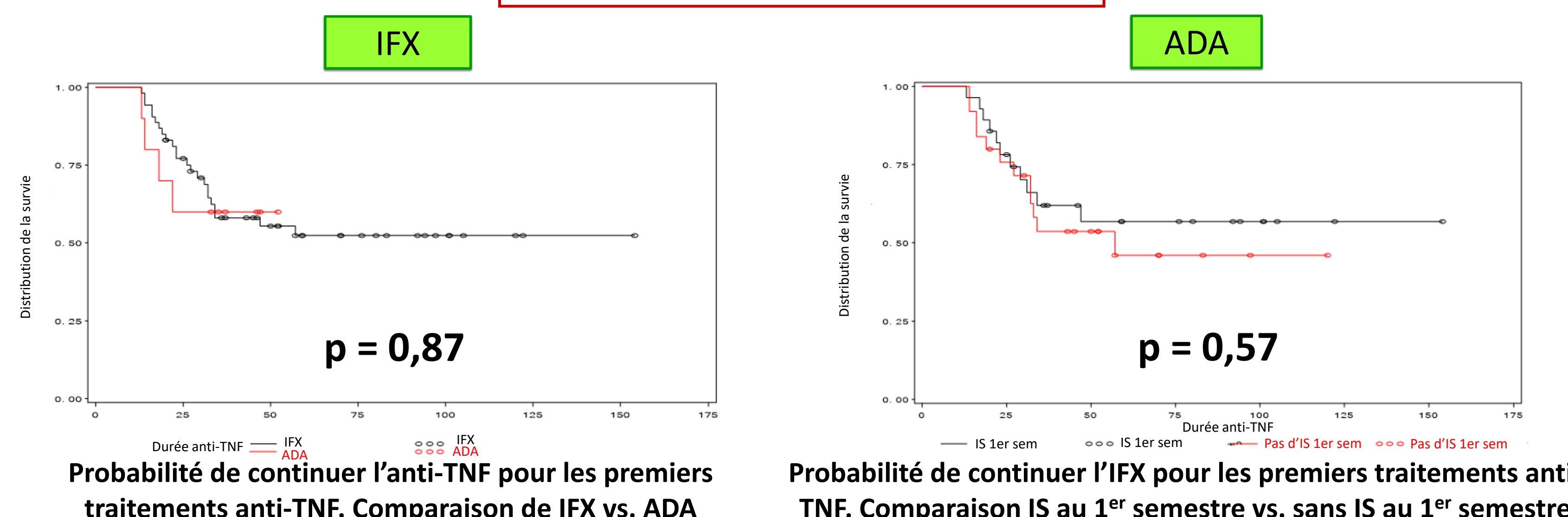
## PROBABILITÉ DE CONTINUER L'ANTI-TNF



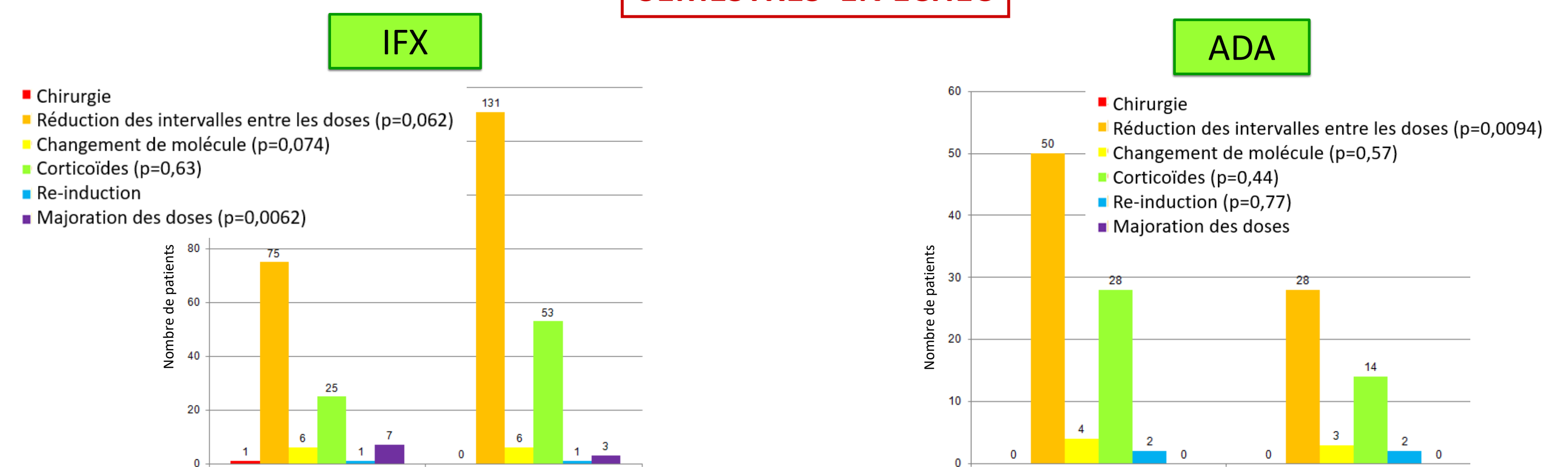
## IS PENDANT LE SEMESTRE



## PROBABILITÉ DE CONTINUER IFX/ADA



## SEMESTRES EN ECHEC



JFHOD 2018

PARIS

Thématique LA DOULEUR Invitée : LA ROUMANIE 22/25 MARS

