

## RESUME EN LANGAGE MEDICAL

### Facteurs influençant le choix de biothérapie en relai du Rituximab chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

G. Vial<sup>1</sup>, A. De Pouilly<sup>2</sup>, L. Scoupe<sup>3</sup>, B. Pereira<sup>4</sup>, C. Lukas<sup>5</sup>, C. Daien<sup>5</sup>, A. Ruysen-Witrand<sup>6</sup>, P. Vergne-Salle<sup>2</sup>, A. Tournadre<sup>1</sup>, C. Richez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Rhumatologie et <sup>4</sup>DRCI CHU de Clermont-Ferrand, <sup>2</sup>Rhumatologie CHU de Limoges, <sup>3</sup>Rhumatologie CHU de Bordeaux, <sup>5</sup>Rhumatologie CHU de Montpellier, <sup>6</sup>Rhumatologie CHU de Toulouse, France

**Introduction :** Au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR), l'effet au long cours du Rituximab (RTX) sur la déplétion en lymphocytes B peu influencer le choix de la biothérapie utilisé en relai. Cependant, il n'y a actuellement pas de recommandation sur la stratégie thérapeutique à adopter après échec du RTX.

L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs ayant influencé le choix de la biothérapie instaurée en relai du RTX chez des patients atteints de PR et d'en évaluer l'efficacité.

**Méthodes :** Cette étude rétrospective, multicentrique a été réalisée chez des patients atteints de PR et ayant débuté une nouvelle biothérapie dans l'année qui a suivi l'arrêt du RTX. Les sujets ont été inclus entre 2009 et 2016, dans 5 centres de rhumatologie français : Bordeaux, Limoges, Clermont-Ferrand, Montpellier et Toulouse. Les données cliniques et biologiques des patients ont été recueillies à l'inclusion (c'est-à-dire lorsque la biothérapie a été instaurée en relai du RTX) et au cours du suivi (à 3 mois, 6 mois et 12 mois). Les caractéristiques des patients ayant reçu du Tocilizumab (TCZ), de l'Abatacept (ABA) ou un anti-TNF après le Rituximab, la réponse EULAR et le maintien thérapeutique ont été comparées grâce à des analyses uni et multivariées.

**Résultats :** 152 patients ayant une PR ont été inclus, dont 117 femmes, avec un âge moyen de  $56,9 \pm 13$  ans. La durée de la maladie était de 14,3 ans (IQR 7,8 – 19,8) et le DAS28 VS moyen à l'inclusion était de  $4,8 \pm 1,3$ . 57 patients (37.5%) ont reçu du TCZ, 47 (31%) un anti-TNF et 48 (31,2%) de ABA après le RTX. Il n'y avait pas de différence de prescription de biothérapie en relai du RTX entre les différents centres. A l'inclusion, le sexe, les caractéristiques et l'activité de la maladie ainsi que l'utilisation concomitante d'un DMARDs ou d'une corticothérapie n'étaient pas différents entre les groupes. Il n'y avait pas non plus de différence concernant le nombre de cycles de RTX ou la dose de RTX utilisé, ni pour le nombre d'anti-TNF prescrit avant RTX. Les patients ayant reçu de l'ABA étaient un peu plus âgés (59,8 ans contre 54 ans pour le TCZ et 57,8ans pour les anti-TNF,  $p=0.06$ ). Le MMI (Multimorbidity index), index évaluant le nombre de comorbidités était plus élevé dans le groupe ABA mais de manière non significative. Le DAS28VS et le taux de réponse EULAR bonne ou modérée à 3, 6 et 12 mois n'étaient pas différents entre les 3 groupes. En analyse multivarié, le maintien thérapeutique était meilleur dans le groupe ABA comparé aux anti-TNF ( $p=0.02$ ) et pour le TCZ comparé aux anti-TNF ( $p=0,04$ ), mais il n'y avait pas de différence entre le TCZ et l'ABA ( $p=0,62$ ).

**Conclusion** : Le profil des patients et la réponse EULAR étaient similaires entre les patients ayant reçus du TCZ, de l'ABA ou des anti-TNF en relai du RTX. Cependant le maintien thérapeutique était meilleur dans les groupes TCZ et ABA comparés aux anti-TNF.