

Communication médicale

Le 23 juin 2010

Le rituximab en tant que traitement complémentaire contre la sclérose en plaques récurrente-rémittente active : étude de phase II de 52 semaines

Résumé

Des études récentes ont montré que le Rituximab pouvait contribuer à réduire l'inflammation causée par les maladies auto-immunes. L'étude dont il est question ici avait pour but d'évaluer l'efficacité, l'innocuité et la tolérabilité de l'association du rituximab aux immunomodulateurs injectables employés couramment dans le traitement des personnes qui présentent une forme récurrente-rémittente de SP. Naismith RT, Piccio L, Lyons JA, Lauber J, Tutlam NT, Parks BJ, Trinkaus K, Song SK, Cross AH. *Neurology*. 2010 Jun 8; 74(23):1860-1867.

Détails

Les cellules B et l'immunité humorale ont toutes deux été associées à la pathogenèse de la sclérose en plaques (SP). La présente étude avait pour but d'évaluer l'efficacité, l'innocuité et la tolérabilité de l'association du rituximab (anticorps monoclonal anti-lymphocytes B circulants) aux immunomodulateurs injectables, employés habituellement dans le traitement des personnes atteintes d'une forme récurrente-rémittente active de SP, définie par une activité pathologique mise en évidence par les données cliniques et l'IRM (données de classe III).

Trente participants ayant subi une poussée au cours des 18 mois précédant l'étude, même s'ils prenaient un immunomodulateur injectable, et présentant au moins une lésion rehaussée par le gadolinium (GdE) sur l'un des trois clichés d'IRM obtenus avant le traitement, ont reçu du rituximab, à raison de 4 doses hebdomadaires de 375 mg/m². En tout, trois examens d'IRM cérébrale ont été réalisés mensuellement après le traitement, à compter de la 12^e semaine suivant la première perfusion. Les résultats obtenus au moyen de l'échelle d'évaluation fonctionnelle (Multiple Sclerosis Functional Composite – MSFC)

et de l'échelle élaborée d'incapacité (EDSS) ont été enregistrés au départ et tout au long du suivi post-traitement.

L'adjonction du rituximab a permis de diminuer le nombre de lésions GdE. Par ailleurs, 74 % des clichés de l'IRM pris après le traitement ne montraient aucune activité lésionnelle comparativement à 26 % au départ ($p < 0,0001$). Le nombre médian de lésions GdE est passé de 1,0 à 0, et le nombre moyen, de 2,81 par mois à 0,33 après le traitement (soit une réduction de 88 %). Les résultats obtenus à la MSFC furent également améliorés ($p = 0,02$) alors que ceux de l'EDSS n'ont pas changé.

CONCLUSION. D'après les évaluations radiologiques à l'insu réalisées au cours de cette étude de phase II, le rituximab s'est montré efficace en tant que traitement complémentaire. Combiné à un immunomodulateur injectable d'usage courant, le rituximab a été bien toléré et n'a entraîné aucun événement indésirable grave. Les traitements visant à moduler les cellules B demeurent une option thérapeutique potentielle pour les patients atteints d'une SP récurrente-rémittente qui répond bien aux immunomodulateurs injectables employés couramment.

CLASSIFICATION DES DONNÉES. Cette étude fournit des données de classe III selon lesquelles l'adjonction du rituximab aux immunomodulateurs permet de réduire le nombre de lésions cérébrales rehaussées par le gadolinium chez les personnes atteintes de sclérose en plaques.

Recherche et programmes nationaux

Available in English.

Avis de non-responsabilité

La Société canadienne de la sclérose en plaques est un organisme de bienfaisance bénévole et indépendant. Elle n'approuve ni ne recommande aucun produit ou traitement, mais renseigne sa clientèle afin que celle-ci puisse prendre des décisions éclairées.