

CO.64 Traitement successif par ciclosporine et infliximab au cours des poussées sévères de rectocolite hémorragique

S. Leblanc, M. Allez, P. Seksik, B. Flourie, H. Peeters, J. Dupas, G. Bouguen, L. Peyrin-Biroulet, A. Bourreille, O. Dewit, Y. Bouhnik, P. Michetti, S. Chaussade, P. de Saussure, J. Colombel, M. Lémann

Paris, Pierre- Bénite, Gent - BELGIQUE, Amiens, Rennes, Vandoeuvre-Lès-Nancy, Nantes, Bruxelles BELGIQUE, Clichy-Sur-Seine, Lausanne - SUISSE, Genève - SUISSE, Lille

INTRODUCTION : Chez les patients ayant une poussée sévère de rectocolite hémorragique (RCH) corticorésistante, la colectomie est actuellement préconisée en cas d'échec d'une deuxième ligne de traitement par ciclosporine (CIS) ou infliximab (IFX). Le recours à une troisième ligne de traitement médical n'est pas recommandé (Consensus ECCO 2008) depuis la publication d'une série de 19 patients chez lesquels le taux d'échec était de 42 %, avec des effets secondaires sérieux chez 15 % des patients, dont un décès (1, 2). Nous rapportons dans ce travail rétrospectif une plus large série de patients traités successivement par ciclosporine et infliximab, ou inversement.

PATIENTS ET METHODES : Les cas de RCH ou de colite indéterminée (CI) traités successivement par CIS et IFX, ou inversement, ont été collectés dans les centres du GETAID. Les critères d'inclusion étaient un délai entre les deux traitements de moins d'un mois lorsque la CIS était utilisée en premier (groupe CIS-IFX) et de moins de 2 mois dans le cas inverse (groupe IFX-CIS), un traitement par au moins une perfusion d'IFX et au moins 2 jours continus de CIS, et un suivi d'au moins 3 mois. La survie sans colectomie et les effets secondaires étaient étudiés.

RESULTATS : Quarante-six patients (âge médian 34 ans, 49 hommes, 71 RCH et 15 CI) ont été traités dans 16 des 36 centres GETAID entre 2000 et 2008 (0 - 24 patients par centre) ; 28 d'entre eux (33 %) avaient refusé la colectomie après l'échec de la deuxième ligne de traitement. Soixante-cinq patients (76 %) appartenaient au groupe CIS-IFX [délai médian entre CIS et IFX : 2 jours (0 - 30)] et 21 patients (24 %) au groupe IFX-CIS [délai médian entre la dernière perfusion d'IFX et CIS : 17 jours (0 - 58)]. Des corticoïdes et un immunosuppresseur (azathioprine/6-mercaptopurine ou méthotrexate) étaient associés chez 74 (86 %) et 68 (79 %) patients. La probabilité de colectomie était de 39 % à 3 mois, de 59 % à 1 an, et de 63 % à 3 ans (Kaplan-Meier). Le seul facteur associé à l'absence de colectomie était l'association à l'azathioprine. Un patient âgé de 45 ans (groupe CIS-IFX) est décédé en post-opératoire d'une embolie pulmonaire. Trente-deux complications ont été rapportées (dont 9 en postopératoire) chez 23 patients, incluant 17 infections (5 en postopératoire). Il n'existait pas un effet de séquence (IFX-CIS ou CIS-IFX) concernant l'efficacité à 3 mois et le taux de complications.

CONCLUSION : Chez les patients ayant une poussée sévère de RCH en échec d'une deuxième ligne de traitement par ciclosporine ou infliximab, une troisième ligne a évité la colectomie chez 61 % des patients à 3 mois mais à plus long terme, chez seulement 1/3 des patients. Notre étude ne permettait pas de privilégier une séquence par rapport à l'autre. La mortalité était de 1 % ; le taux de complications atteignait 27 % mais ne semblait pas supérieur à celui rapporté dans la littérature chez les malades n'ayant reçu que deux lignes de traitement médical.