

Points d'actualité

Survie des biothérapies dans l'hidradénite suppurée : l'infliximab est supérieur à l'adalimumab

→ A.-C. FOUGEROUSSE

Service de Dermatologie, Hôpital Bégin, SAINT-MANDÉ.

La survie des biothérapies est un marqueur de leur efficacité, de leur tolérance, de la satisfaction des patients et de leur commodité d'utilisation. Dans l'hidradénite suppurée, aucune étude randomisée n'a comparé l'efficacité des biothérapies entre elles. Les biothérapies utilisées dans cette pathologie sont les anti-TNF (adalimumab ayant l'AMM dans cette indication, infliximab sans AMM mais présent dans les recommandations européennes et françaises), les anti-IL17 (sécukinumab ayant l'AMM et bimélikizumab non encore remboursé dans cette indication) et les anti-IL23 (n'ayant pas prouvé leur efficacité, utilisés hors AMM dans cette pathologie). Les données de vraie vie concernant leur performance dans cette indication sont cependant limitées.

Une étude rétrospective monocentrique a analysé la survie des biothérapies au sein d'une cohorte de 187 patients atteints d'hidradénite suppurée (78 % stade Hurley 3, âge moyen 40 ans, 67 % de femmes, 51 % d'origine afro-américaine, BMI moyen 34 kg/m²) suivis en "clinique spécialisée" aux États-Unis [1]. Les biothérapies les plus utilisées comprenaient l'adalimumab (n = 153), l'infliximab (n = 124), le sécukinumab (n = 31), l'ustékinumab (n = 23) et le guselkumab (n = 15). Les caractéristiques des patients ayant reçu (n = 124) ou non de l'infliximab (n = 63) étaient comparables. L'infliximab avait la meilleure

survie médiane (58,1 semaines), suivi par l'adalimumab, l'ustékinumab, le guselkumab et le sécukinumab (fig. 1). La survie de l'infliximab à la posologie de 10 mg/kg/4 semaines (69 % des patients sous infliximab) était meilleure que celle des autres posologies d'infliximab. Les motifs d'arrêt du traitement à 1 an étaient : inefficacité (adalimumab 50,9 % ; guselkumab 75 %, infliximab 9,9 %, sécukinumab 86,7 % et ustékinumab 56 %). Les autres motifs d'arrêt comprenaient : infections, effets secondaires, perdu de vue, chirurgie, cancer, modification du traitement pour traiter une comorbidité, anxiété des injections, perte d'accès à un centre de perfusion, participation à un essai clinique.

Une étude danoise rétrospective multicentrique a étudié la survie des biothérapies (adalimumab, anakinra, brodalumab, certolizumab pegol, étanercept, golimumab, guselkumab, infliximab, inxekizumab, sécukinumab et ustékinumab) chez 452 patients (âge moyen 41,4 ans) [2]. La figure 2 illustre la survie des biothérapies les plus fréquemment utilisées. On note que la survie médiane de l'infliximab et de l'adalimumab était comparable (34 et 33 semaines respectivement), celle du sécukinumab était de 13 semaines. Pour l'adalimumab, la survie était meilleure chez les patients bionatifs (13 semaines de plus) que chez les patients bio-expérimentés et chez les hommes. La survie

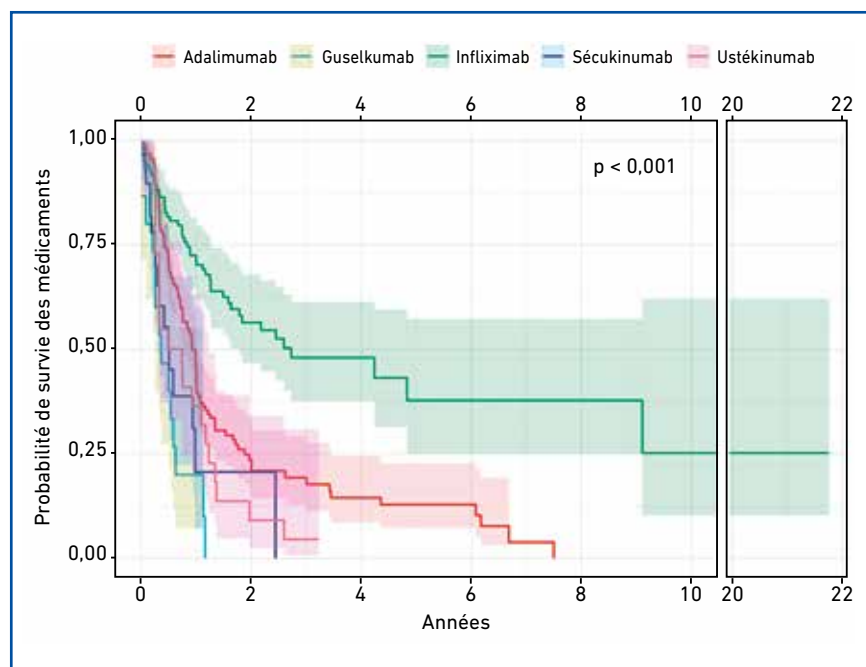


Fig. 1 : Survie des biothérapies au cours du temps. D'après [1].

Points d'actualité

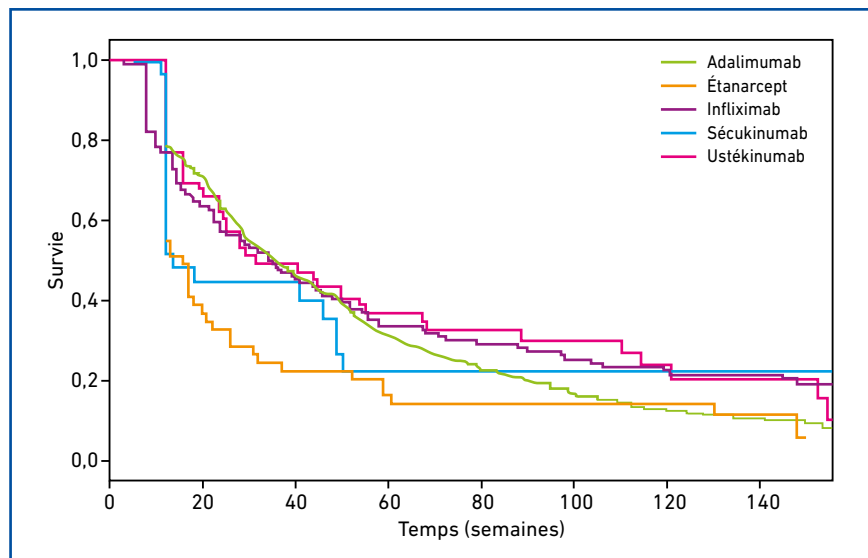


Fig. 2 : Survie des biothérapies au cours du temps. D'après [2].

du sécukinumab était inférieure à celle des anti-TNF, mais ce traitement étant le plus récent, il a été employé en échec des autres biothérapies et donc chez des patients "difficiles à traiter".

Une étude espagnole rétrospective multicentrique a analysé la survie de l'adalimumab chez 539 adultes (50,1 % de femmes, âge moyen 43,5 ans, IMC moyen 29,5 kg/m², 95,3 % de patients bio-naïfs) [3]. 9,5 % des patients avaient eu besoin d'une intensification de la posologie d'adalimumab et 65 % avaient reçu un traitement concomitant. La survie médiane de l'adalimumab était de 56,2 mois, les causes principales d'arrêt étant l'inefficacité (51,7 %) et les effets secondaires (21,4 %). Le sexe féminin

et la sévérité de l'hidradénite suppurée étaient associés à une moins bonne survie du traitement.

Des études antérieures avaient retrouvé une survie comparable entre adalimumab et infliximab, mais la posologie de celui-ci était de 5 mg/kg toutes les 6 à 8 semaines en général.

Les données de ces différentes publications diffèrent, ce qui s'explique par la temporalité des études (l'adalimumab ayant été le seul traitement avec l'AMM dans cette indication pendant plusieurs années, les patients restaient probablement sous traitement en l'absence d'alternative, même en cas de résultat insuffisant), des différences

dans la posologie des traitements (adalimumab optimisé dans certains cas à 80 mg/semaine, infliximab utilisé à des posologies allant de 5 mg/kg/8 semaines à 10 mg/kg/4 semaines), le recul limité en vraie vie avec le sécukinumab probablement utilisé majoritairement chez des patients en échec à une ou plusieurs biothérapies. Des données de vraie vie prospectives, comparant la survie des biothérapies chez un plus grand nombre de patients permettront de mieux évaluer la survie de ces différentes biothérapies et d'identifier des facteurs prédictifs de bonne réponse. L'infliximab, même s'il est hors AMM dans cette indication, reste intéressant du fait d'une plus grande maniabilité.

BIBLIOGRAPHIE

1. YOUNG AT, LU K, DAI A *et al.* Infliximab shows superior drug survival among biologics for hidradenitis suppurativa A cohort study. *J Am Acad Dermatol*, 2025;92:139-141.
2. RING HC, THORSEN J, KIRBY B *et al.* Long-term drug survival of adalimumab, infliximab, secukinumab and ustekinumab in hidradenitis suppurativa: a Danish nationwide cohort study. *Br J Dermatol*, 2024;190:769-771.
3. GARBAYO-SALMONS P, VILARRASA E, BASSAS-VILA J *et al.* Real-world adalimumab survival and discontinuation factors in hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2025;39:221-229.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : Abbvie, Almirall, Janssen-Cilag, Leo-Pharma, Lilly, Novartis, UCB Pharma.