

# Traitements modificateurs de la maladie dans la sclérose en plaques : Perspectives actuelles sur les dernières données

# Clause de non-responsabilité

- *Les produits médicaux non approuvés ou les utilisations non approuvées de produits médicaux approuvés peuvent être discutés par la faculté ; ces situations pouvant correspondre au statut d'approbation en vigueur dans une ou plusieurs juridictions*
- *touchIME® a demandé à la faculté responsable de la présentation de veiller à communiquer toute référence faite à une utilisation sans étiquette ou non approuvée*
- *touchIME® ne cautionne explicitement ou implicitement aucun produit non approuvé ou utilisation non approuvée en mentionnant ces produits ou utilisations dans les activités touchIME®*
- *touchIME® décline toute responsabilité pour toute erreur ou omission*

# Comment les données nouvelles et émergentes changent-elles notre façon de penser la prise en charge de la sclérose en plaques ?

## Professeur Xavier Montalban

Directeur du Centre de sclérose en plaques de Catalogne (Cemcat)

Hôpital universitaire et institut de recherche Vall d'Hebron,  
Barcelone, Espagne





**Que nous disent les données à long terme sur les agents plus anciens sur la progression des symptômes et la sclérose en plaques progressive secondaire ?**

# Données à long terme des thérapies de plate-forme dans la SEP

## Acétate de glatiramère<sup>1</sup>



Essai américain sur l'acétate de glatiramère  
Dosage sous-cutané, 20 µg QD  
Données d'étude d'extension en ouvert à **15 ans** (n=100) et **20 ans** (n=74)



ARR : 0,25 (15 a) et 0,2 (20 a)  
SPMS : 35 % (15 a) et 47 % (20 a)



EDSS ≥ 6  
(patient non ambulateur)  
18 % (15 a) et 20,5 % (20 a)

## IFN β-1b<sup>2</sup>



Essai IFN β-1b, dosage sous-cutané EOD  
**Placebo** (n=79)  
**50 µg** (n=85)  
**250 µg** (n=96)



EDSS ≥ 6 (délai médian avant EDSS ≥ 6)  
Placebo : 46 % (14,5 a)  
50 µg : 39 % (12,8 a)  
250 µg : 46 % (16,1 a)



EDSS ≥ 6 ou SPMS  
Placebo : 56 %  
Toutes doses : 53 %  
250 µg :

a, année ; ARR, taux de rechute annualisé ; EDSS, échelle étendue de l'état d'incapacité ; EOD, tous les deux jours ; INF, interféron ; QD, tous les jours ; SC, sous-cutané ; SEP, sclérose en plaques ; SPMS, SEP progressive secondaire.

1. Wynn DR. *Mult Scler Int.* 2019;7151685; 2. Ebers GC, et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2010;81:907–12.

**Le suivi actuel des patients  
détecte-t-il la progression de la  
maladie suffisamment tôt ?**

# Suivi de la progression de la maladie dans la SEP



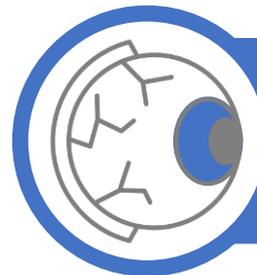
- Les recommandations actuelles sont symptomatiques, sans conseils de suivi IRM solides<sup>1</sup>
  - L'IRM diagnostique manque de sensibilité à la neurodégénérescence de la matière grise et n'est pas facilement quantitative<sup>2</sup>
  - La détection précoce de la progression des lésions pourrait permettre d'ajuster le traitement pour prévenir les symptômes



L'ajout de spécialistes en neuro-radiologie aux MDT pour les affections neurologiques complexes est essentiel pour une prise en charge optimale des patients<sup>3</sup>



- La réduction du volume thalamique<sup>4</sup> et l'atrophie thalamique<sup>5</sup> par IRM pondérée en T1 sont des critères d'évaluation de la progression de la maladie dans les essais cliniques sur les agents neuroprotecteurs
  - Chez les patients pédiatriques, une évaluation IRM complète de base et une surveillance clinique et IRM précise pendant les 2 premières années de la maladie sont des annonceurs du pronostic à long terme.<sup>6</sup>



Les changements structuraux et fonctionnels de la couche de cellules ganglionnaires rétiniennes et de la couche de fibres nerveuses rétiniennes prédisent des résultats visuels à long terme dans la SEP<sup>7</sup>

IRM, imagerie par résonance magnétique ; MDT, équipe multidisciplinaire ; SEP, sclérose en plaques.

1. Rae-Grant A, et al. *Neurology*. 2018;90:777–88; 2. Ontaneda D, Fox RJ. *Neurotherapeutics*. 2017;14:24–34;

3. Ramsay S, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. S2.002; 4. Petracca M, et al. *Neuro Ther*. 2018;7:265–85; 5. Azevedo CJ, et al. *Ann Neurol*. 2018;83:223–34;

6. De Meo E, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. S28.005; 7. Galetta SL, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.096.



**Dans quelle mesure les  
traitements modificateurs de la  
maladie plus récents  
sont-ils efficaces pour un  
traitement à long terme ?**

# Expérience à long terme avec des TMM hautement efficaces

## Alemtuzumab<sup>1</sup>

### CARE-MS II (SEP-RR)

Autres TMM autorisés pour les essais ouverts (OLE)

#### Suivi de 9 ans

• 41 % des patients traités par ALE n'ont pas reçu de TMM après la 2e année



- ARR 0,19 3 à 9 ans
- 68 % EDSS stable/améliorée



- 69 % sans activité de la maladie à l'IRM

## Ocrelizumab<sup>2</sup>

### OLE OPERA (SEP-R)

OLE après 2 ans d'étude  
6 ans de suivi



- ARR 0,13–0,05 pendant les années 3 à 6 (années OLE 1 à 4)



- 19,2 % avec CDP 24 semaines en 6e année (OLE 4e année)

## Ofatumumab<sup>3</sup>

### APOLITOS (SEP-RR)

Suivi de 48 semaines jusqu'à l'étude de phase II de 24 semaines



- ARR 0,081



- Lésions moyennes 0,027 Gd+ T1

Réduction de l'ARR et des lésions chez les patients qui sont passés d'un placebo à l'OFA dans l'étude initiale

## Ublituximab<sup>4</sup>

ULTIMATE I et II (SEP-R)  
Étude de phase III de 96 semaines



- ARR 0,076 et 0,091



- Lésions moyennes de 0,016 et 0,009 Gd+ T1

ARR et lésions significativement réduits avec l'ublituximab par rapport au tériflunomide

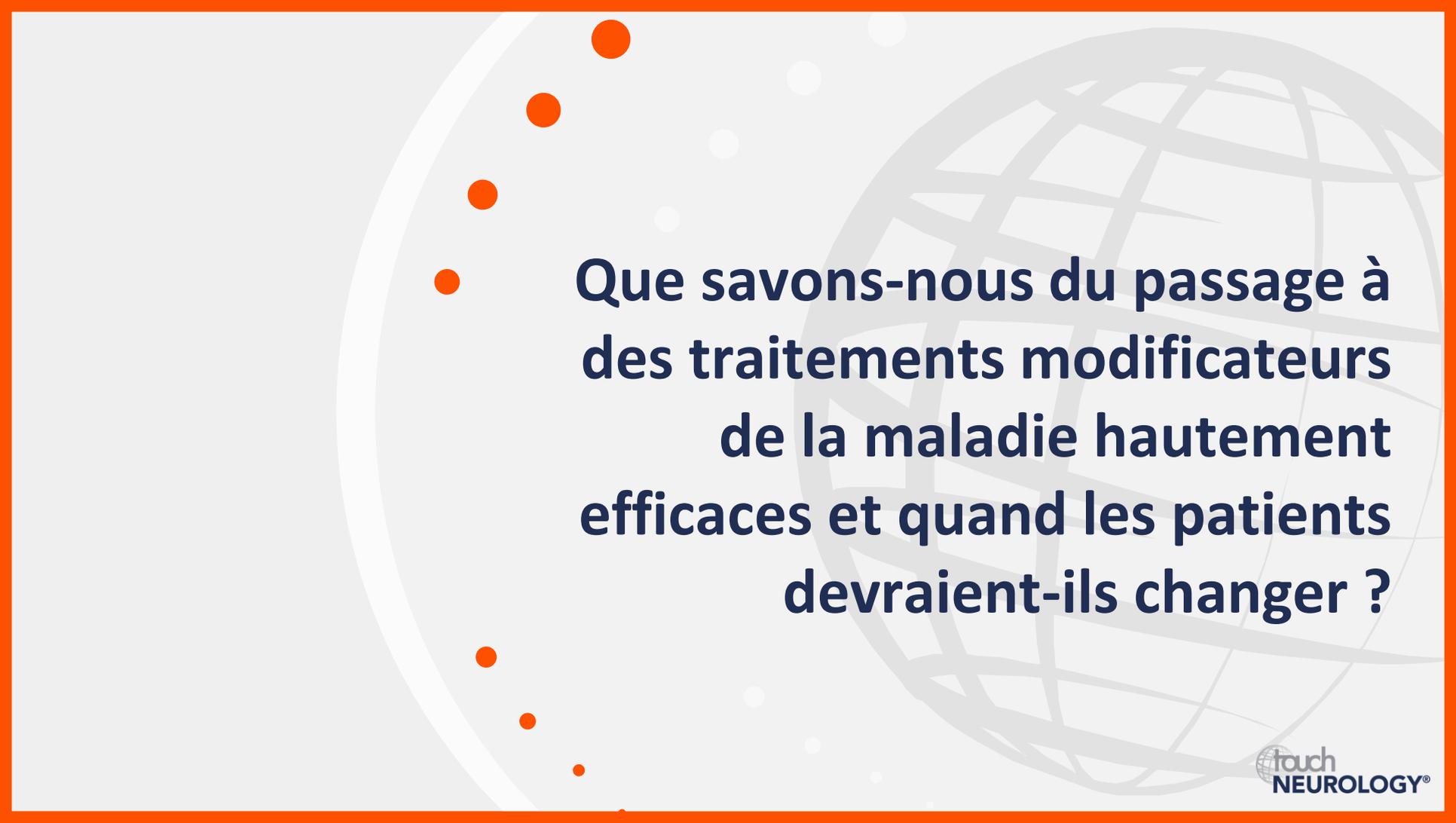
Réponses soutenues et faibles taux de progression / incapacité après plusieurs années de traitement avec des TMM hautement efficaces

ALE, alemtuzumab ; ARR, taux de rechute annualisé ; CDP, progression confirmée de l'invalidité ; EDSS, échelle étendue de l'état d'incapacité ;

IRM, imagerie par résonance magnétique ; OFA, ofatumumab ; OLE, extension ouverte ; SEP, sclérose en plaques ; SEP-R, sclérose en plaques récurrente ; SEP-RR, sclérose en plaques récidivante-rémittente ; TMM, traitement modificateur de la maladie.

1. Bass AD, et al. *Neurology*. 2020;94(15 Suppl.):151; 2. Hauser SL, et al. *Mult Scler J*. 2020;26(1 Suppl.):45;

3. Saida T, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.103; 4. Steinman L, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.074.

The background features a large, faint globe with a grid of latitude and longitude lines. To the left of the globe, there is a vertical line of seven orange dots of varying sizes, arranged in a slightly curved pattern. The overall color scheme is light gray and white, with orange accents.

**Que savons-nous du passage à  
des traitements modificateurs  
de la maladie hautement  
efficaces et quand les patients  
devraient-ils changer ?**

# Passage à des TMM hautement efficaces



- La décision de passer à un TMM hautement efficace doit être discutée avec les patients
- Un suivi supplémentaire ou plus intensif du patient peut susciter des discussions en cas de détection de lésions pré-symptomatiques

## Alemtuzumab<sup>1</sup>

- 282 patients de l'OLE CARE-MS I / II sont passés de l'IFN  $\beta$ -1a à l'ALE
- 2 230 patients ont terminé 7 ans d'ALE :  
l'ARR était de 0,11  
68 % avaient une EDSS stable / améliorée

## Ocrelizumab<sup>2</sup>

- Les patients ayant une réponse sous-optimale aux TMM antérieures sont passés à l'OCR dans l'étude CHORDS
- 555 patients ont terminé l'OLE de 2 ans :  
l'ARR était de 0,046  
62 % avaient une EDSS stable  
23 % avaient une EDSS améliorée

## Natalizumab<sup>3</sup>

- Patients qui sont passés du NAT à un TMM à efficacité élevée ou modérée (n = 130 et n = 270, respectivement)
- 2 ans après le changement :  
Aucune différence dans l'ARR  
Le groupe à efficacité modérée présentait un risque plus élevé de nouvelles lésions T2 et Gd, et un risque plus faible d'absence d'activité de la maladie (tous p < 0,05)

Le passage des plate-formes thérapeutiques à des TMM hautement efficaces est associé à de meilleurs résultats et à peu de problèmes supplémentaires d'innocuité

ALE, alemtuzumab ; ARR, taux de rechute annualisé ; EDSS, échelle étendue de l'état d'incapacité ; Gd+, améliorant le gadolinium ; INF, interféron ; NAT, natalizumab ; OCR, ocrelizumab ; OLE, extension ouverte ; pts, patients ; TMM, traitement modificateur de la maladie.

1. Pelletier D, et al. *Mult Scl J*. 2020;26(Suppl. 1):43; 2. Weinstock-Guttman B, et al. *Eur J Neurol*. 2020;27(Suppl. 1):43; 3. Hersh C, et al. *Neurology*. 2020;94(Suppl. 15):683.

# Traitements modificateurs de la maladie hautement efficaces dans la sclérose en plaques : Quel est le rôle du traitement précoce ?

**Prof. Eva Kubala Havrdová**

Professeure de neurologie

General University Hospital,  
Charles University,  
Prague, République tchèque



- **Les preuves réelles soutiennent-elles les données d'essais cliniques pour des traitements modificateurs de la maladie hautement efficaces ?**

# Données réelles pour les TMM dans la SEP

## Alemtuzumab



84 patients slovaques atteints de SEP-RR,  $\geq 2$  doses<sup>1</sup>  
Âge moyen 37,5 ans

- Score EDSS inchangé ( $3,5 \pm 1,47$  contre  $3,23 \pm 1,58$ )
- **ARR moyen réduit de  $0,58 \pm 0,96$  à  $0,04 \pm 0,21$**
- Progression de l'IRM réduite de 0,56 à 0,16



49 patients croates atteints de SEP-RR,  $\geq 2$  doses<sup>2</sup>  
Âge moyen 33,2 ans

- ARR 1,86 dans l'année précédant le traitement
- ARR 0,08, 0,07 et 0,24 après 1, 2 et 3 ans respectivement ; tous  $p < 0,001$
- **Réductions de l'ARR de 87 à 96 %**

## Natalizumab



Étude observationnelle multinationale à long terme dans le monde réel chez des patients atteints de SEP-RR ayant reçu du natalizumab<sup>3</sup>

- 1 649 patients ont poursuivi le traitement et 1 309 l'ont arrêté après 1 an ou plus
- Suivi sur 5 ans : conversion en SEP-PS non active plus faible avec la poursuite du natalizumab qu'après arrêt (0,14 contre 0,2 ;  $p < 0,0001$ )
- Les patients ont principalement arrêté le natalizumab en raison d'une positivité des Ab anti-JCV (38 %) ou d'une décision du patient (24 %)
- **Le natalizumab a une efficacité à long terme dans le monde réel et ralentit la progression de la SEP-RR**

## Ocrelizumab



65 patients atteints de SEP au Qatar (52 atteints de SEP-RR)<sup>4</sup>  
Âge moyen 38,7 ans

- Moyenne de 3,2 perfusions
- **Nombre moyen de lésions à l'IRM réduit de 1,27 à 0,07**
- Patients plus âgés que ceux des études OPERA I / II, mais avec une durée plus longue de la maladie



100 patients atteints de SEP dans le Colorado (82 % de SEP-RR)<sup>5</sup>  
Âge moyen de 44,3 ans

- Sur 2 ans, 2 % ont connu une rechute clinique, 1 % une augmentation des lésions et 6 % une nouvelle lésion T2
- 20 % ont arrêté le traitement au bout de 24 mois
- **Ocrelizumab sûr et efficace pour le traitement de la SEP dans un contexte réel**

Ab, anticorps ; ARR, taux de rechute annualisé ; EDSS, échelle étendue de l'état d'incapacité ; IRM, imagerie par résonance magnétique ; JCV, virus John Cunningham ; SEP, sclérose en plaques ;

SEP-PS, sclérose en plaques progressive secondaire ; SEP-RR, sclérose en plaques récurrente-rémittente ; TMM, traitement modificateur de la maladie.

1. Kantorová E, et al. *Mult Scler J.* 2020;26(1 Suppl.):28; 2. Habek M, et al. *Eur J Neurol.* 2020;27(Suppl. 1):671; 3. Kappos L, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.078;

4. Yousuf W, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.070; 5. Vollmer B, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.217.

The background of the slide features a large, faint globe with a grid of latitude and longitude lines. To the left of the globe, there is a vertical line of seven orange dots of varying sizes, arranged in a slightly curved pattern. The overall color scheme is light gray and white, with orange accents.

**Quels sont les risques et les  
bénéfices d'une utilisation  
précoce des traitements  
modificateurs de la maladie  
hautement efficaces ?**

# Avantages et risques d'un traitement précoce avec des TMM hautement efficaces

Les directives de l'AAN pour les TMM permettent leur utilisation dès le départ dans la SEP-RR, au lieu de passer par des thérapies moins efficaces<sup>1</sup>

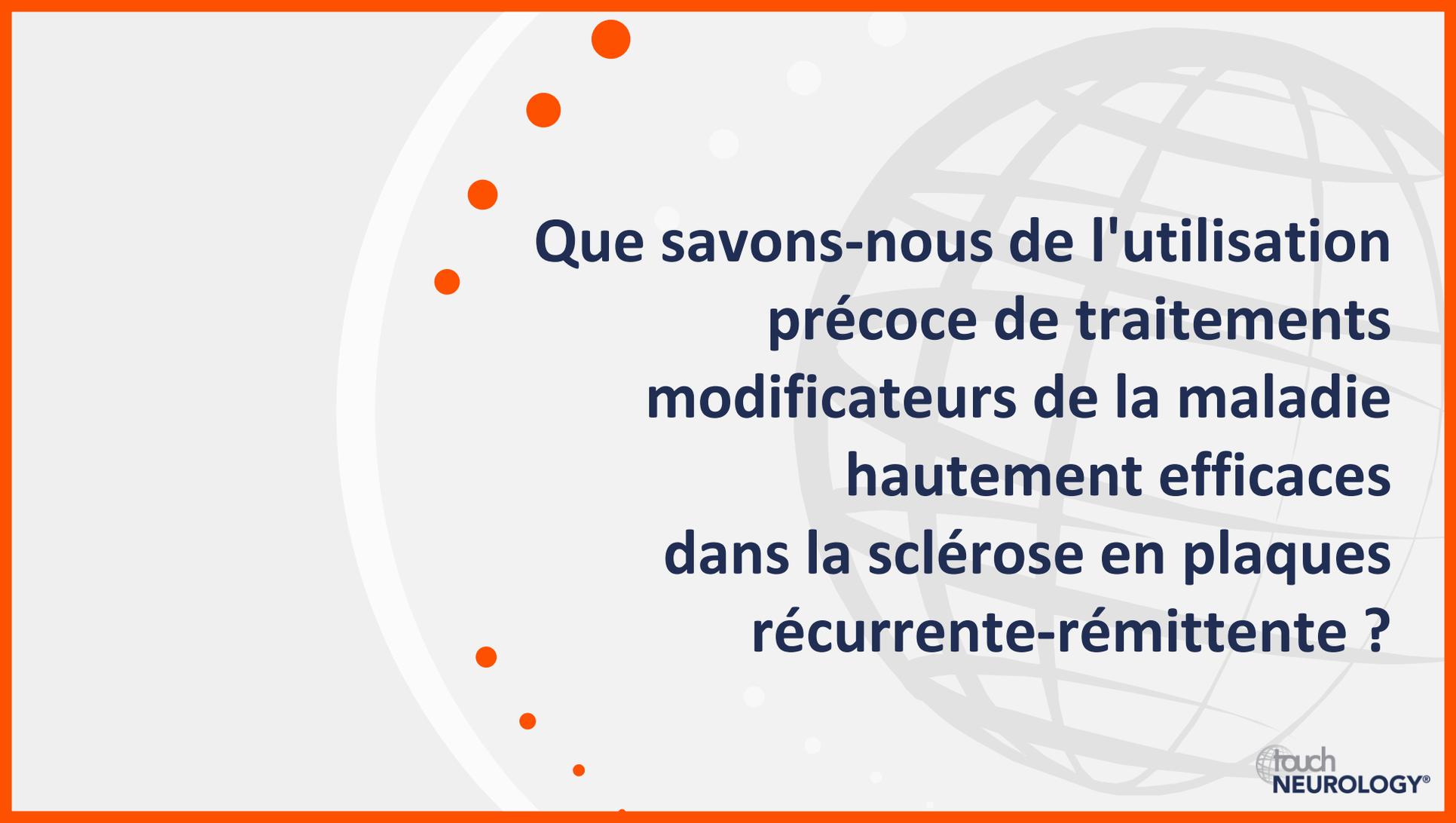


Les TMM hautement efficaces sont associés à des niveaux inférieurs d'atrophie cérébrale et de changement de volume cérébral que l'IFN- $\beta$ 1a<sup>2</sup>



Des données supplémentaires sont nécessaires pour soutenir cette stratégie à partir d'études prospectivement randomisées<sup>3</sup>

- Marqueurs pronostiques limités disponibles pour identifier les patients appropriés
- Données d'efficacité et d'innocuité à plus long terme nécessaires pour les thérapies plus récentes



**Que savons-nous de l'utilisation  
précoce de traitements  
modificateurs de la maladie  
hautement efficaces  
dans la sclérose en plaques  
récurrente-rémittente ?**

# Utilisation précoce des TMM dans la SEP-RR

## Étude rétrospective de cohorte<sup>1</sup>



592 patients ayant reçu un TMM pour la SEP

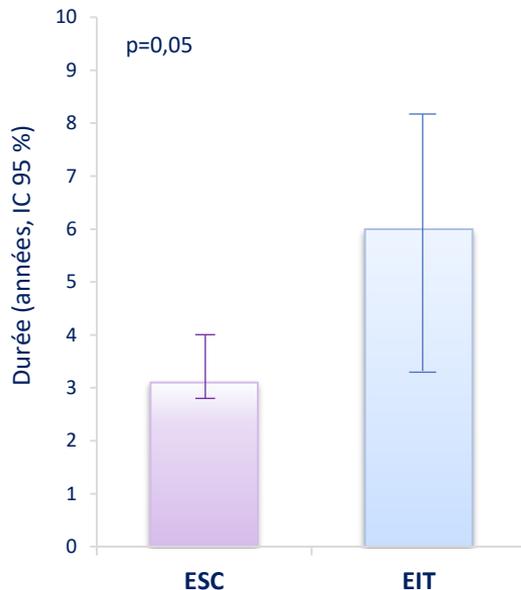
104 patients sous EIT (alemtuzumab/natalizumab)

488 patients sous ESC (à partir de TMM à efficacité modérée)

Augmentation de l'EDSS significativement plus faible après 5 ans avec l'EIT par rapport à l'ESC (moyenne 0,3 contre 1,2 ;  $p < 0,001$ )

- De meilleurs résultats à long terme avec l'EIT, dans une cohorte de patients présentant des facteurs pronostiques moins favorables
- 58 patients sous ESC sont passés aux TMM au bout d'une durée moyenne de 2,4 ans
- Taux de réduction des rechutes avec des TMM similaires en première intention ou en traitement d'escalade

Délai médian jusqu'à l'accumulation soutenue de l'incapacité selon la stratégie de traitement initiale



## Étude d'extension OPERA<sup>2</sup>

2 ans

3 ans



623 patients sous IFN



702 patients sous ocrelizumab

Ocrelizumab

CDP significativement plus faible à la 5e année dans le groupe ocrelizumab continu par rapport au changement (16 % contre 21,3 % ;  $p = 0,014$ )

- Tous les patients ont présenté une suppression presque complète et soutenue de l'activité de la nouvelle lésion IRM cérébrale entre la 3e et la 5e année
- Ocrelizumab en continu associé à une perte de volume cérébral entier plus faible (-1,87 % vs -2,15 % à 5 ans ;  $p < 0,01$ )

# Utilisation précoce des TMM dans la SEP-RR

## Étude rétrospective de cohorte avec correspondance<sup>1</sup>



544 patients du registre suédois de la sclérose en plaques

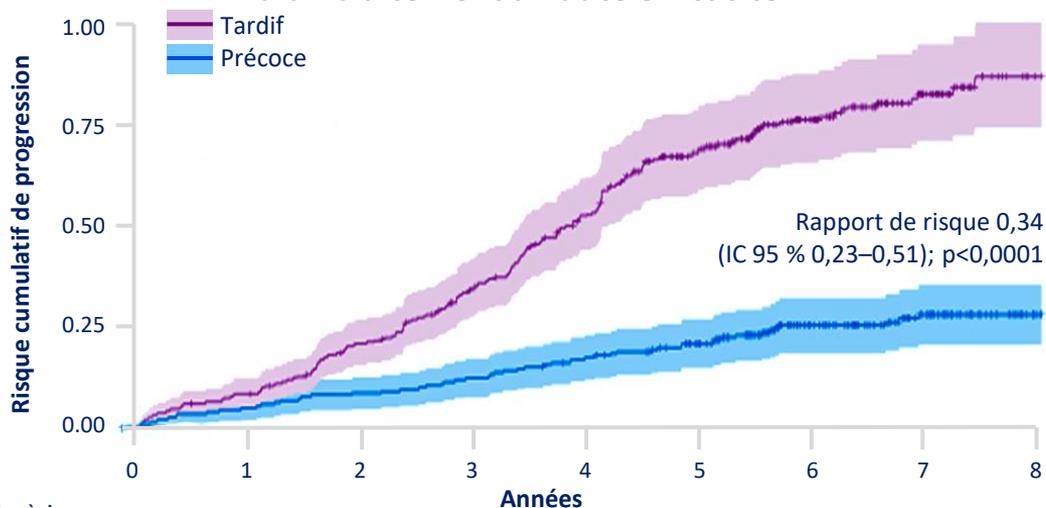
213 patients sous EIT  
(≤ 2 ans après le début de la maladie)

253 patients sous LIT  
(4 à 6 ans après le début de la maladie)

Suivi médian de 7,8 ans (cohorte correspondante)

- 6 ans après le début de la maladie, EDSS significativement plus faible sous EIT par rapport au LIT (2,2 contre 2,9 ;  $p < 0,0001$ )
- Différence de l'EDSS moyen toujours apparente 10 ans après le début de la maladie (2,3 contre 3,5 ;  $p < 0,0001$ )
- Différence EDSS ajustée en fonction du temps de -0,98 entre les groupes EIT et LIT sur la période de suivi de 6 à 10 ans

## Risque de progression de la maladie après le début d'un traitement à haute efficacité



Nombre à risque  
(censuré)

Groupe tardif	253 (0)	251 (2)	248 (5)	242 (11)	233 (20)	209 (44)	145 (108)	90 (163)	48 (205)
Groupe précoce	213 (0)	213 (0)	213 (0)	213 (0)	211 (2)	198 (15)	141 (72)	101 (112)	48 (165)



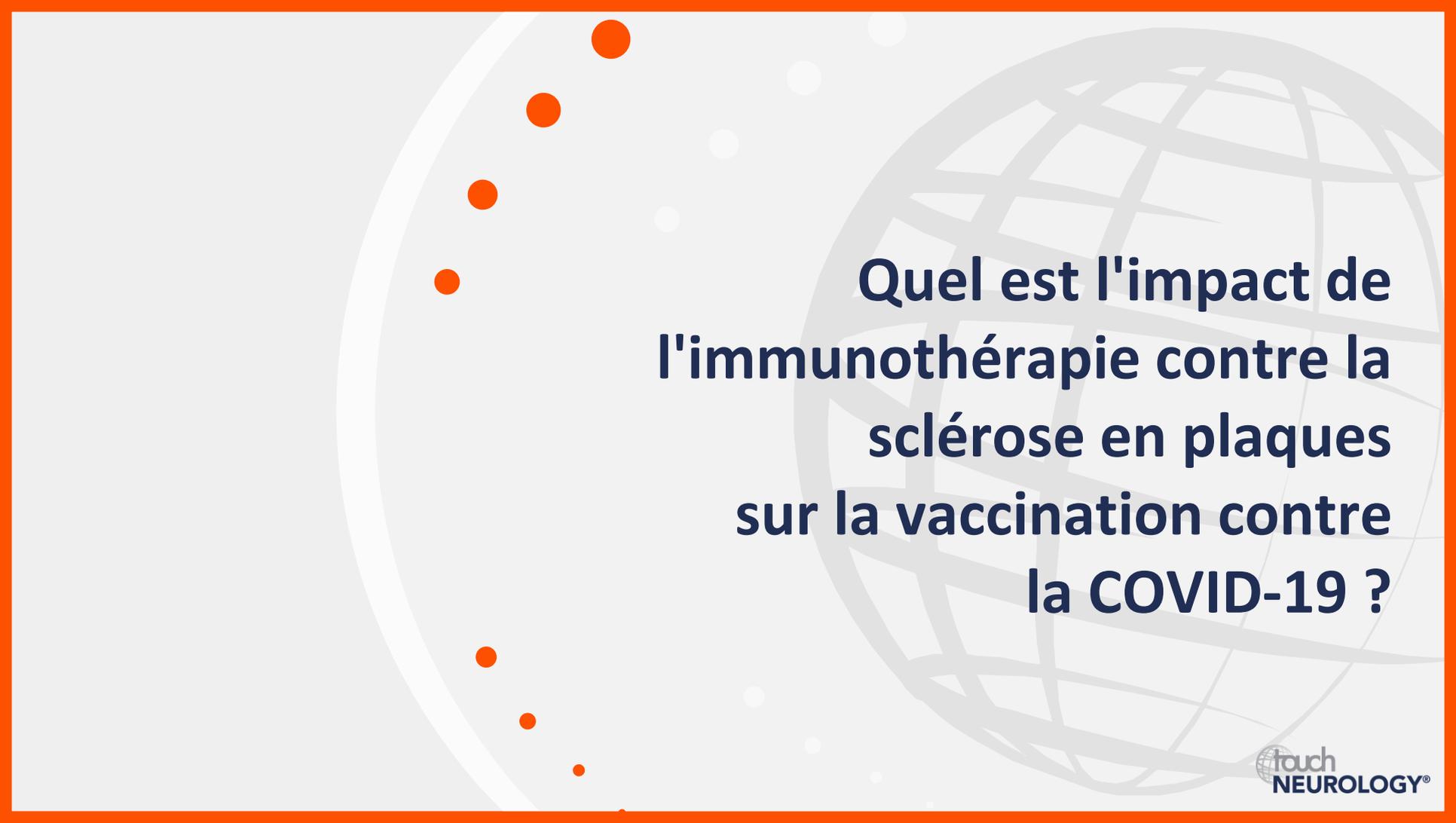
**Que savons-nous de  
l'innocuité à long terme  
des traitements modificateurs de  
la maladie hautement efficaces ?**

# Profil d'innocuité et suivi des TMM hautement efficaces<sup>1</sup>

	Principales caractéristiques du profil d'EI (essais cliniques)	Expérience supplémentaire (études étendues / rapports de cas)	Suivi de routine
<b>Alemtuzumab</b> mAb anti-CD52	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRR (céphalées, éruptions cutanées, pyrexie, hypotension)</li> <li>• Infections (URTI, UTI, virales / fongiques / bactériennes)</li> <li>• Affections auto-immunes secondaires et tumeurs malignes (y compris thyroïde)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profil similaire au bout de 5 ans ; moins d'infections et d'affections thyroïdiennes au bout de 3 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse TSH, CBC, LFT, créatinine et urine</li> <li>• Prophylaxie antivirale</li> <li>• Examen cutané et gynécologique</li> </ul>
<b>Natalizumab</b> mAb integrin anti-α4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRR, fatigue, céphalées, arthralgie, symptômes pseudo-grippaux, réactions d'hypersensibilité</li> <li>• Infections (URTI, UTI, virales / fongiques / bactériennes)</li> <li>• PML, enzymes hépatiques élevées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeurs malignes (mélanome, SNC et lymphomes à lymphocytes T)</li> <li>• Infections (y compris herpès, VZV, encéphalite et méningite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test Ab anti-JCV</li> <li>• CBC et LFT</li> <li>• IRM cérébrale</li> <li>• Ab neutralisants</li> </ul>
<b>Ocrelizumab</b> mAb anti-CD20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRR, céphalées, rhinopharyngite</li> <li>• Infections (URTI, UTI, pneumonie, virale / fongique / bactérienne, réactivation de l'hépatite B)</li> <li>• Carcinomes secondaires et mélanome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neutropénie tardive, hypogammaglobulinémie, infections virales, réactivation de l'hépatite B, hépatite fulminante, PML</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBC, LFT</li> <li>• Taux d'immunoglobulines en cas d'infections sévères / récurrentes</li> </ul>

## Des preuves concrètes soutiennent les profils d'innocuité et d'efficacité des TMM hautement efficaces<sup>2-6</sup>

Ab, anticorps ; CBC, formule sanguine complète ; EI, événement indésirable ; hep B, hépatite B ; IRM, imagerie par résonance magnétique ; IRR, réaction liée à la perfusion ; JCV, virus John Cunningham ; LFT, test de la fonction hépatique ; mAb, anticorps monoclonal ; PML, leucoencéphalopathie multifocale progressive ; SNC, système nerveux central ; TMM, traitement modificateur de la maladie ; TSH, hormone stimulant la thyroïde ; URTI, infection des voies respiratoires supérieures ; UTI, infection des voies urinaires ; VZV, virus varicelle-zona. 1. Jalkh G, et al. *Vaccines*. 2021;9:12; 2. Kantorová E, et al. *Mult Scler J*. 2020;26(1 Suppl.):28; 3. Habek M, et al. *Eur J Neurol*. 2020;27(Suppl. 1):671; 4. Kappos L, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.078; 5. Yousef W, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.070; 6. Vollmer B, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.217.



**Quel est l'impact de  
l'immunothérapie contre la  
sclérose en plaques  
sur la vaccination contre  
la COVID-19 ?**

# COVID-19 chez les patients recevant des TMM pour la SEP



Revue rétrospective des dossiers monocentriques de 6 mois : les taux de COVID-19 varient selon le type de TMM<sup>1</sup>

- Natalizumab : 4 %
- Rituximab : 21 %
- Ocrelizumab : 10 %
- Fingolimod/siponimod : 10 %

Étude observationnelle rétrospective italienne :<sup>2</sup> fréquence accrue d'admission en USI ou de décès avec des traitements anti-CD20 (8 %) par rapport à l'IFN (0 %) ou d'autres thérapies (5 %)

- Les facteurs de risque de COVID-19 sévère étaient : l'âge, l'EDSS, le sexe masculin et un traitement anti-CD20 (par rapport à d'autres médicaments), fortes doses de stéroïdes récemment



Comment protéger les patients sous traitement anti-CD20 :

- Utiliser des anticorps contre la protéine Spike (bamlanivimab, etc.) dès les premiers jours de positivité du SRAS-CoV-2
- Recommander la vaccination à tous les patients atteints de SEP (au moment approprié pour ceux qui suivent un traitement anti-CD20 et des thérapies de déplétion cellulaire)<sup>3,4</sup>

Recommander à tous les patients atteints de SEP de respecter toutes les mesures de prévention anti-épidémique<sup>3</sup>



EDSS, échelle étendue de l'état d'incapacité ; IFN, interféron ; MSIS, Échelle d'impact de la SEP ; pts, patients ; SEP, sclérose en plaques ; TMM, traitement modificateur de la maladie ; USI, unité de soins intensifs.

1. Smith T, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. P15.014; 2. Sormani MP, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstr. S28.002; 3. Recommandations CNMSC COVID-19. Disponible à l'adresse : <https://cnmsc.ca/Covid19VaccineGuidance> (consulté en mai 2021) ; 4. Achiron A, et al. *Mult Scler.* 2021;27:864–70.



# Se concentrer sur le patient : Prendre en compte les besoins et les préférences des patients à chaque moment de prise de décision thérapeutique

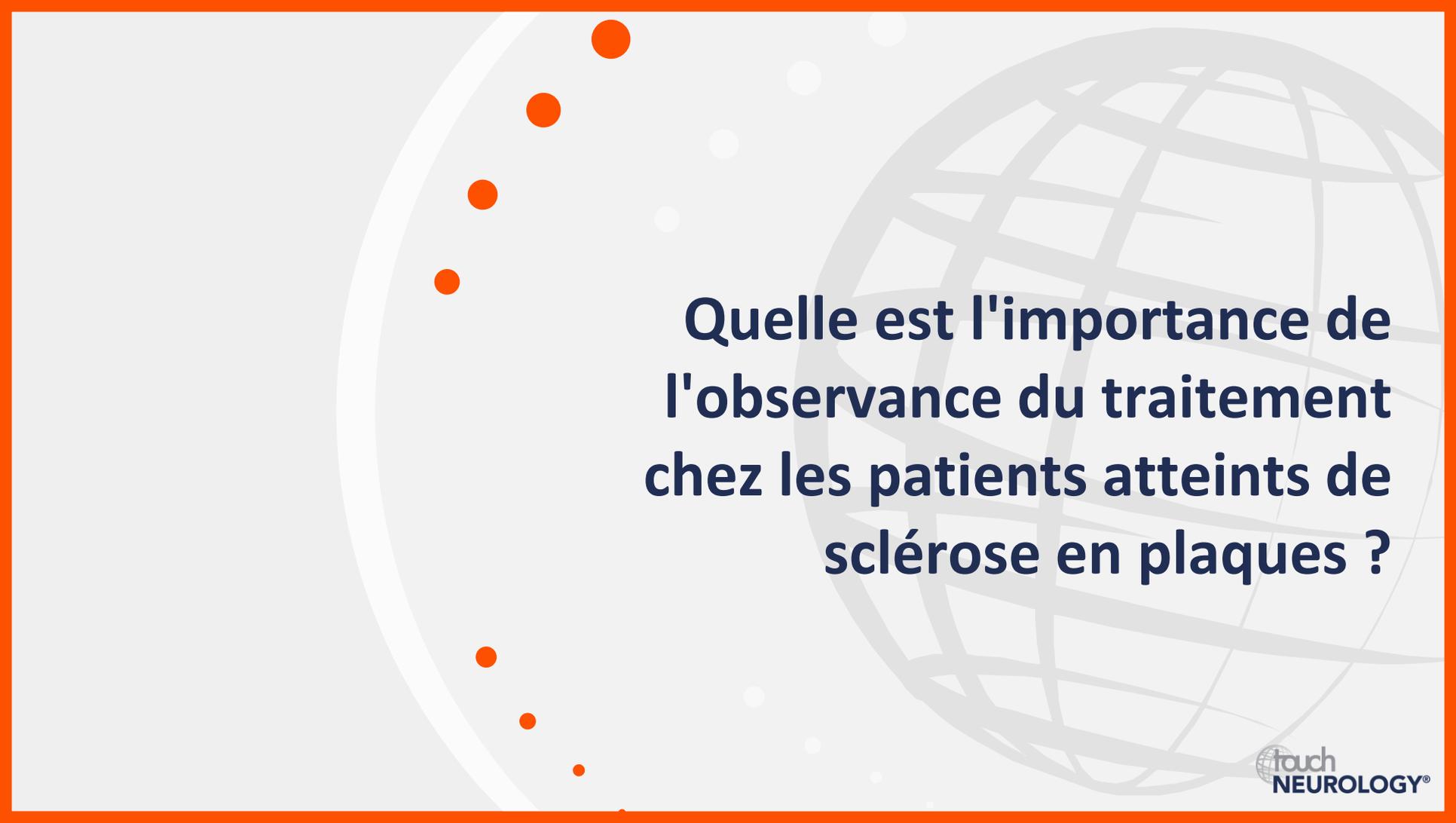


**Dr Aliza B Ben-Zacharia**

Professeure assistante

Mount Sinai Beth Israel Hospital,  
Hunter-Bellevue School of Nursing,  
New York, NY, États-Unis





**Quelle est l'importance de  
l'observance du traitement  
chez les patients atteints de  
sclérose en plaques ?**

# Observance des TMM

L'observance des TMM varie (40 à 90 %), présente des bénéfices cliniques significatifs par rapport à la non-observance<sup>1-4</sup>



42 à 46 % de diminution des rechutes<sup>3,5</sup>



50 à 52 % de diminution des hospitalisations<sup>3,4</sup>



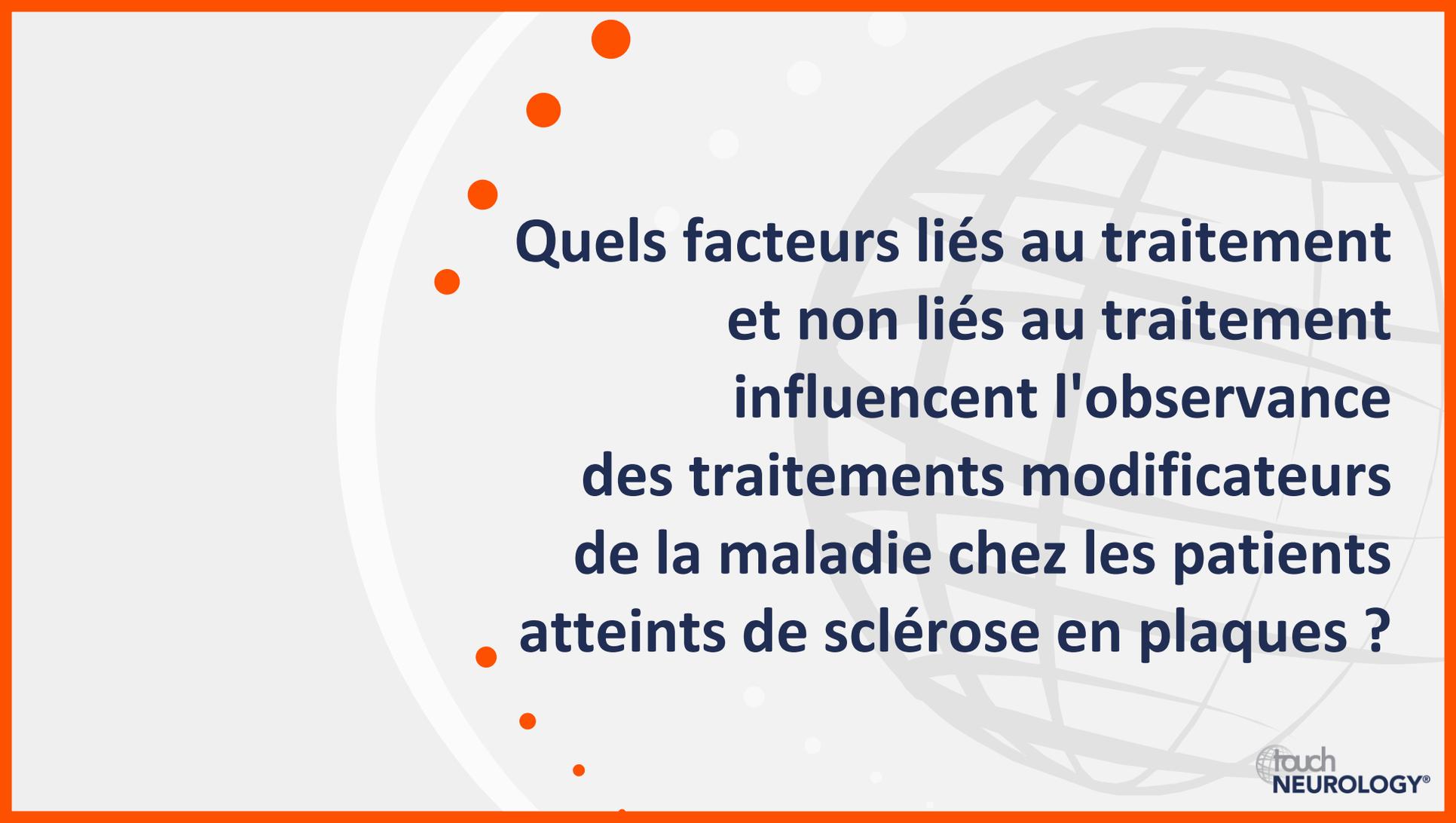
Utilisation réduite des soins de santé  
↓ des visites d'urgence (38 %)<sup>3</sup>  
↓ des visites chez le médecin (20 %)<sup>4</sup>  
↓ des visites de soins ambulatoires (20 %)<sup>4</sup>  
↓ des visites ambulatoires (0,7 par an)<sup>3</sup>



L'observance et les résultats avec les TMM ne sont pas affectés par la voie d'administration<sup>3,5</sup>

TMM, traitement modificateur de la maladie.

1. Bowen J, et al. *Adv Ther.* 2020;37:3163–77; 2. Lahdenperä S, et al. *Acta Neurol Scand.* 2020;142:605–12; 3. Burks J, et al. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2017;9:251–60; 4. Gerber B, et al. *Mult Scler Relat Disord.* 2017;18:218–24; 5. Freeman L, et al. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2021;13:65–75.

The background of the slide features a large, faint globe with a grid of latitude and longitude lines. To the left of the globe, there is a vertical line of seven orange dots of varying sizes, arranged in a slightly curved pattern. The overall color scheme is light gray and white, with orange accents.

**Quels facteurs liés au traitement  
et non liés au traitement  
influencent l'observance  
des traitements modificateurs  
de la maladie chez les patients  
atteints de sclérose en plaques ?**

# Facteurs influant sur l'observance des TMM dans la SEP

## Facteurs cliniques du patient<sup>1,3,4</sup>

- Perception négative de l'efficacité et de la maladie
- Acceptation de la maladie
- Limitations physiques
- Déficit cognitif
- Maladie mentale
- Soutien

Invalidité<sup>2</sup>



Sexe féminin, comorbidités<sup>1,2</sup>



## Liés au traitement

- Effets secondaires<sup>3</sup>
- Questions pratiques liées au mode d'administration<sup>1</sup>
- Rechutes et progression des symptômes<sup>2,3</sup>



Couverture d'assurance, frais remboursables, revenus<sup>1,2</sup>

SEP, sclérose en plaques ; TMM, traitement modificateur de la maladie.

1. Ben-Zacharia A, et al. *Int J MS Care*. 2018;20:287–97; 2. Li P, et al. *Value Health*. 2020;23:328–34; 3. Pust GEA, et al. *Int J MS Care*. 2020;22:219–25;

4. Kołtuniuk A, Rosińczuk J. *Int J Med Sci*. 2021;18:216–25.



**Dans quelle mesure les  
comorbidités contribuent-elles  
à l'observance dans la  
sclérose en plaques ?**

# Comorbidités et observance dans la SEP

## Les comorbidités **augmentent les coûts de traitement**

- Chez les patients atteints de SEP, les comorbidités liées à la maladie mentale ont le coût de la maladie le plus élevé et une perte de productivité élevée<sup>1</sup>



Les patients atteints de SEP présentent un **lourd fardeau de symptômes dépressifs, une mauvaise qualité de sommeil et une perception accrue de la fatigue** (l'un des symptômes les plus invalidants de la SEP)<sup>2,3</sup>

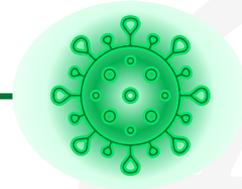


## L'anxiété et la dépression ont un impact négatif sur **l'observance**

- L'acceptation de la SEP augmente l'observance du traitement et est associée à moins d'effets secondaires de celui-ci<sup>4</sup>



**La pandémie de COVID-19** et le confinement ont augmenté le fardeau des comorbidités liées à la maladie mentale et de la fatigue chez les personnes atteintes de SEP<sup>2</sup>



SEP, sclérose en plaques.

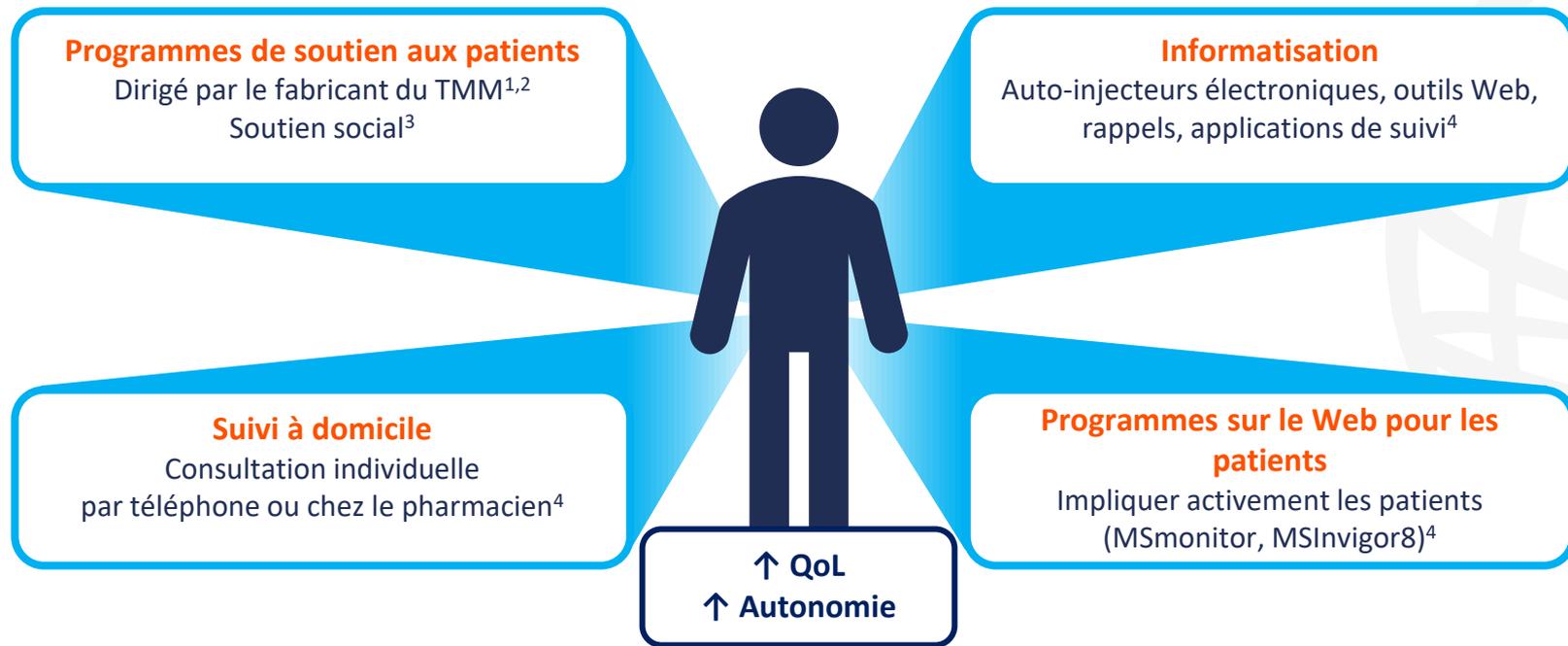
1. Bütepage G, et al. *Mult Scler J Exp Transl Clin.* 2020;6:2055217320968597; 2. Motolese F, et al. *Front Neurol.* 2020;11:580507;

3. Davis BE, et al. *Neurol Ther.* 2021;1–21. doi: 10.1007/s40120-021-00240-9; 4. Kołtuniuk A, Rosińczuk J. *Int J Med Sci.* 2021;18:216–25.



**Comment soutenir  
l'observance thérapeutique  
chez les patients atteints de  
sclérose en plaques ?**

# Stratégies pour soutenir l'observance des TMM dans la SEP



QoL, qualité de vie ; SEP, sclérose en plaques ; TMM, traitement modificateur de la maladie.

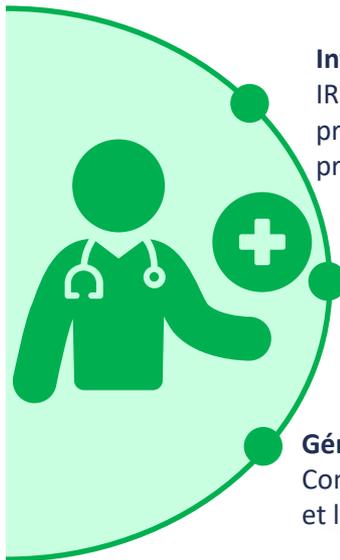
1. Lenz F, Harms L. *Adv Ther.* 2020;37:2999–3009; 2. Evans C, et al. *BMJ Open.* 2021;11:e043930;

3. Eizaguirre MB, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstract P15.059; 4. Ben-Zacharia A, et al. *Int J MS Care.* 2018;20:287–97.



**Comment les médecins  
peuvent-ils impliquer  
les patients dans  
les décisions de traitement ?**

# La prise de décision partagée améliore l'observance



## Informations et interprétation

IRM, qualité de vie, progression, pronostic, objectifs des traitements, prévention des rechutes<sup>1-6</sup>

## Remédier aux idées fausses

À propos de la maladie et du traitement (Internet / réseaux sociaux)<sup>4</sup>

## Gérer les attentes

Concernant le pronostic et le traitement<sup>4</sup>

## Compréhension de la maladie

Compréhension partagée de la progression de la maladie et d'autres termes avec le professionnel de la santé,<sup>1</sup> accès aux examens IRM<sup>5,6</sup>

## Options de traitement

Justification, avantages et risques des différents TMM<sup>4</sup>

## Préférences et situation

Voie d'administration, tolérance, environnement de travail, mode de vie<sup>1-4,6</sup>



**Stratégie de traitement convenue**

HCP, professionnel de santé ; IRM, imagerie par résonance magnétique ; QoL, qualité de vie ; TMM, traitement modificateur de la maladie.

1. Celius EG, et al. *Patient Pref Adherence*. 2021;15:15-27; 2. Rahn AC, et al. *Int J MS*. 2020;22:285-93; 3. Eskyte I, et al. *Mult Scler Relat Disord*. 2019;27:370-7;

4. Ben-Zacharia A, et al. *Int J MS Care*. 2018;20:287-97; 5. Kennedy F, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstract P15.231;

6. Shirani A, et al. Réunion annuelle virtuelle de l'AAN 2021. Abstract P15.232.