

Kanaan H, De Ruyck C, Maerevoet M, Paesmans M, Meuleman N*

Introduction • Le rituximab est un anticorps monoclonal chimérique anti-CD20 approuvé dans le traitement des lymphomes à cellules B CD20-positives et les maladies auto-immunes. Un des effets secondaires associé à ce traitement est la majoration du risque infectieux. Il existe peu de données sur la relation entre les infections opportunistes et l'administration du rituximab. Vu l'hétérogénéité des données dans la littérature sur ce sujet, nous avons revu l'impact du rituximab en monothérapie ou en association avec d'autres chimiothérapies sur le développement des infections chez ces patients.

Méthodes • Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, reprenant l'ensemble des épisodes infectieux survenus chez les patients traités par rituximab au sein de l'Institut Jules Bordet entre 2004 et 2013 et ce durant une période de 2 ans post-traitement. Ces épisodes ont été caractérisés selon leur étiologie, leur sévérité et leur délai d'apparition. Une analyse multivariable, concernant différents potentiels facteurs de risque a été réalisée. Le logiciel utilisé pour l'analyse est SAS 9.4.

Résultats • 304 patients atteints de différentes maladies hématologiques (47,7% lymphomes agressifs, 42,76% lymphomes indolents, 4,61% lymphocytes lymphoïdes chroniques) et de pathologies auto-immunes (3,95%) ont été inclus dans cette étude.

L'âge moyen des 304 patients était de 63 ans avec une distribution équitable entre les deux sexes. 31% des patients ont reçu du rituximab en monothérapie et 69% en association avec une chimiothérapie.

Le risque infectieux globale était 56,58%. Parmi ces épisodes, 16% (n = 56) ont été observés dans le groupe de patients traités par rituximab seul contre 84% (n = 295) dans celui en association avec une chimiothérapie. La durée médiane jusqu'au premier épisode infectieux était de 2,5 mois.

Le risque infectieux après 6 mois du traitement est de 0,7 pour 10³ personne par jour dans le R-chimiothérapie contre 0,6 pour 10³ personne par jour.

67,24% des infections documentées étaient des infections bactériennes, 18,1% des infections virales, 6,9% des infections fongiques, 0,86% des infections parasitaires et 6,9% infections mixtes. Les sites d'infections les plus fréquents étaient respiratoires 59,65% et génito-urinaires 14,24%.

Les facteurs de risque significatifs retrouvés en analyse multivariable sont: un antécédent d'infection virale ou bactérienne et un traitement par rituximab et chimiothérapie.

Conclusion • Notre étude confirme la majoration du risque infectieux lors d'un traitement associant rituximab et chimiothérapie comparé au rituximab seul. Ce risque est principalement retrouvé durant les 6 premiers mois post-traitement. La majorité des infections sont bactériennes mais l'incidence d'infections virales est non négligeable dont une majorité d'herpès. Les patients ayant des antécédents infectieux forment un groupe à haut risque de développer des infections, qui pourraient bénéficier d'une majoration des mesures préventives.

*Department of
Hematology
Jules Bordet Institute
Université Libre de
Bruxelles
Brussels, Belgium

Kanaan H, De Ruyck C, Maerevoet M, Paesmans M, Meuleman N*

Introduction • Rituximab, a chimeric monoclonal antibody that targets CD20, is approved for the treatment of B-cell lymphoma and autoimmune diseases. Treatment with rituximab has been reported to be associated with an increase risk of infections. The relationship between opportunistic infections and the administration of rituximab is still not clear. Given the lack of contributory data in the literature on this topic, we reviewed all the infection events following treatment with rituximab in monotherapy or in combination with chemotherapies.

Methods • This retrospective monocentric study reviewed all infectious episodes in patients treated with rituximab in the Jules Bordet Institute since 2004 till 2013 and this over a two years period after treatment. These episodes were characterized according to their etiology, severity and time of onset. A multivariate analysis on various potential risk factors was performed. The software used for the analysis is SAS 9.4.

Results • 304 patients with hematological diseases (47.7% aggressive lymphoma, 42.76% indolent lymphoma, 4.61% chronic lymphocytic lymphocyte) and autoimmune disorders (3.95%) were included in this study. The median age was 63 years with a fair distribution between genders. 31% of patients received rituximab monotherapy and 69% received a combination of rituximab and chemotherapy.

The overall risk of infection was 56.58%. Sixteen% (n = 56) of the infectious episodes were observed in the rituximab group and 84% (295) in patients treated with rituximab in combination with chemotherapy. The median time to the first episode of infection was 2.5 months. The risk of infection after 6 months of treatment 0.7 per 10³ person a day in the R-chemotherapy against 0.6 per 10³ person a day in the rituximab subgroup alone.

67.24% of the documented infections were bacterial, 18.1% viral, 6.9% fungal, 0.86% parasitic and 6.9% mixed infections. The most frequent infection sites were respiratory (59.65%) and genitourinary (14.24%).

Multivariate analysis showed that a history of viral or bacterial infections and treatment with rituximab and chemotherapy were associated with higher risk of infection.

Conclusion • We confirm that the treatment with rituximab and chemotherapy is a risk factor to develop more infections compared to rituximab alone. This risk was found mostly during the first 6 months after the treatment. Most reported infections are bacterial, but the incidence of viral infections is also significant of which a majority was herpes. This suggests that patients with a history of infection constitute a high risk group of developing infections, which could benefit from an increase in preventive measures.