

Introduction

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération clonale de plasmocytes tumoraux. Le traitement du MM a connu une évolution majeure ces dernières décennies, entraînant une amélioration substantielle de survie sans progression (PFS) et de survie globale (OS).

objectifs

Évaluer l'efficacité et la tolérance du Daratumumab dans le traitement du MM en rechute ou réfractaire.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, s'étalant sur 5 ans, réalisée dans le service d'hématologie clinique de l'HMA incluant les patients traités par Daratumumab en association avec d'autres molécules (inhibiteurs de protéasome, imids, corticoides).

Résultats

Sur vingt neuf (29) patients MM colligés, 8 patients ont présenté un MM en R/R traités par Daratumumab. L'âge médian au moment du diagnostic était de 56,5 ans [48-71 ans] avec une prédominance féminine (sexe ratio à 0,875). Les 3/4 des patients avaient au moins une comorbidité (37,5% HTA, Diabète 25%, Cholécysectomie 25%). La quasi-totalité a présenté des douleurs osseuses au diagnostic. Selon le score ISS, 50% étaient de stade I, 25% de stade II et 25% de stade III. Concernant le traitement de 1ère ligne : 75% des patients ont reçu du VTD (bortézomib, thalidomide et dexaméthasone), 12,5% du VRD (bortézomib, lénalidomide et dexaméthasone) et 12,5% du VCD (bortézomib, cyclophosphamide et dexaméthasone).

La réponse au traitement de 1ère ligne était comme suit:
Douze pour cent (12%) des patients étaient une Réponse Complète (RC); 25% en très bonne réponse partielle (VGPR), 25% en réponse partielle (RP), 25% en réponse minime (RM), 12,5% en maladie stable (SD). Le délai de rechute allait de 3 à 72 mois. Un patient était réfractaire primaire.

Le Daratumumab a été utilisé en deuxième (02ème) ligne de traitement chez 75% des patients et en troisième (3ème) ligne chez 25%. Le type de combinaison utilisée avec le Daratumumab était : 62,5% DRD (daratumumab, lénalidomide et dexaméthasone), 25% DVRD (daratumumab, bortézomid, lénalidomide et dexaméthasone) et 12,5% DVCD (daratumumab, bortézomib, cyclophosphamide et dexaméthasone).

Le daratumumab a montré une meilleure efficacité lorsqu'il est utilisé en association, avec toxicité modérée et gérables (surtout hématologique et infectieuse).

Après un suivi médian de 06 mois de traitement, 75% des patients avaient au moins une réponse partielle (RP). Après 12 mois, 75% des patients n'ont ni progressé ni rechuté, 87,5% étaient toujours en vie et n'ont présenté aucun effet indésirable grave imputable au daratumumab.

Résultats

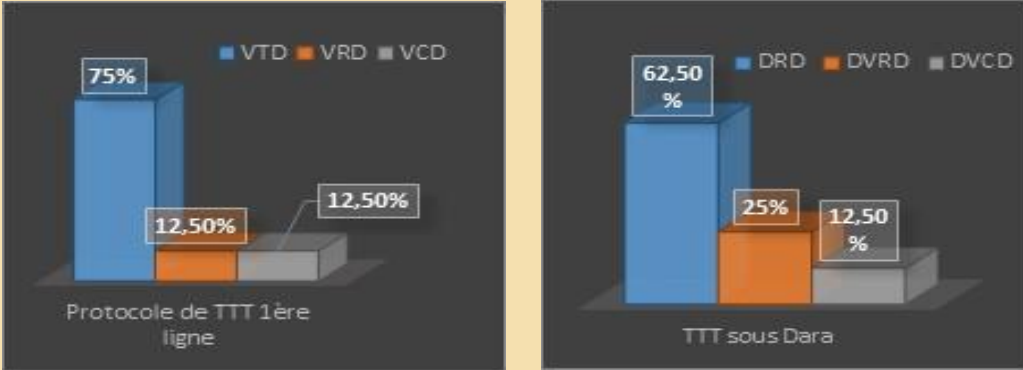


Figure 1 et 2 : Répartition par type de protocoles utilisés en 1ère et 2ème ligne de traitement.

Discussion

L'utilisation du Daratumumab, en association aux inhibiteurs du protéasome et/ou imids, dans le traitement du MM a permis d'améliorer les taux de réponse, se traduisant par des PFS et OS plus prolongées. Cette amélioration est significative pour toutes les catégories de patients (éligibles ou non à la greffe) et quelque soit le statut du risque de la maladie [1, 2, 3].

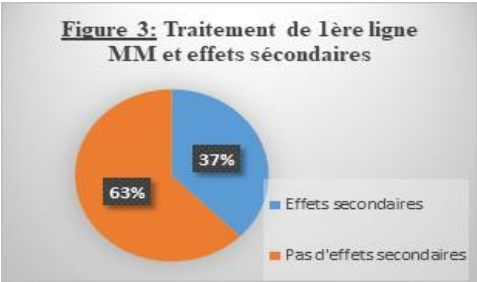
Notre petite série de vie réelle confirme ces données, illustré par des taux de réponse globales chez tous les patients en deuxième et troisième ligne de traitement (Tableau 1).

En plus de son efficacité, le traitement par daratumumab bien toléré parmi les différentes catégories de patients, même les plus fragiles [4]. (Figures 3 et 4)

Cependant, l'accès à cette molécule et la généralisation de son utilisation, surtout en première ligne, constitue toujours un challenge dans notre contexte, entravant une grande majorité de patients de bénéficier d'une prise en charge selon les recommandations en vigueur [5].

Tableau 1 : Répartition en pourcentage des réponses après traitements de 1ère ligne et après traitement par associations contenant le daratumumab.

Traitements		
Réponses au traitement	TTT de 1ère ligne	TTT sous Daratumumab
RC	12,5%	50%
VGPR	25%	37,5%
RP	25%	12,5%
RM	25%	0%
SD	12,5%	0%



Conclusion

Le Daratumumab a révélé une efficacité supérieure en association avec d'autres molécules de traitement et un profil de tolérance acceptable chez les myélomes multiples en rechute ou réfractaire, d'où l'intérêt de commencer à l'utiliser en traitement de 1ère ligne selon les nouvelles recommandations.

Références :

- Sonneveld P, Dimopoulos MA, Boccadoro M, et al. Daratumumab, Bortezomib, Lenalidomide, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. N Engl J Med 2024;390:301-313
- Bahlis NJ, Dimopoulos MA, White DJ. Daratumumab plus lenalidomide and dexamethasone in relapsed/refractory multiple myeloma: extended follow-up of POLLUX, a randomized, open-label, phase 3 study. Leukemia. 2020;34:1875-84.
- Palumbo A, Chanan-Khan A, Weisel K, et al. Daratumumab, Bortezomib, and Dexamethasone for Multiple Myeloma. N Engl J Med 2016;375:754-766
- Horigome Y, Suzuki K, Suzuki T. Daratumumab Treatment for "Truly Frail" Elderly Myeloma Patients. Life (Basel). 2024 Mar 15;14(3):389.
- Dimopoulos MA, Terpos E, Boccadoro M, et al. EHA-EMN Evidence-Based Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with multiple myeloma. Nat Rev Clin Oncol 22, 680–700 (2025)