

P126

Étude comparant la substitution de la rispéridone injectable à action prolongée par la palipéridone injectable à action prolongée versus une substitution par antipsychotiques oraux

E. Voss^{1,*}, L. Alphs², D. Hough³, P.B. Ryan³, P.E. Stang³¹ Janssen Research & Development, Raritan, NJ, États-Unis² Janssen Scientific Affairs, Titusville, NJ, États-Unis³ Janssen Research & Development, Titusville, NJ, États-Unis

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : EVoss3@its.jnj.com (E. Voss)

Introduction Le changement d'antipsychotique (AP) chez des patients atteints de schizophrénie peut parfois augmenter leur risque de rechute [1]. Cette étude de base de données-patients en vraie vie compare le risque de rechute lors de la substitution de la rispéridone injectable à action prolongée (RIAP) par le palmitate de palipéridone injectable à action prolongée (PP) versus une substitution par AP oral.

Méthodes Les rechutes (hospitalisations et consultations aux Urgences) faisant suite à une substitution de la RIAP par le PP ou par un AP oral ont été évaluées à partir des données-patients de la base de données Truven MarketScan Multi-State Medicaid. Les deux groupes ont été ensuite équilibrés 1:1 à l'aide de la méthode Propensity Score Matching (PSM) [2].

Résultats Cent quatre-vingt-huit patients ont été substitués de la RIAP par le PP et 131 patients ont été substitués de la RIAP par un AP oral. Le modèle PSM a permis d'équilibrer les deux groupes (1:1) à partir de 5 variables (âge, nombre de médicaments concomitants, nombre de consultations antérieures en ambulatoire, nombre de consultations liées à leur schizophrénie et nombre de jours sous traitement antipsychotique). La cohorte finale était composée de 109 patients substitués par du PP et 109 patients substitués par un AP oral. Les patients substitués de la RIAP par le PP par rapport à ceux substitués par un AP oral ont connu moins d'hospitalisations (26 vs 32) avec un délai avant hospitalisation plus long (moyenne = 70 vs 47 jours), sont restés plus longtemps sous traitement (moyenne = 239 vs 122 jours) et présentaient un risque plus faible de rechute (risque relatif = 0,54 ; $p = 0,024$).

Conclusions Cette étude de base de données-patients en vraie vie suggère que la substitution de la RIAP par le PP est associée à un risque de rechute plus faible et à une poursuite du traitement plus longue en comparaison à un AP oral.

Mots clés Schizophrénie ; Thérapeutique ; Antipsychotiques ; Palipéridone ; Rispéridone

Déclaration d'intérêts Traduction du résumé présenté à la « ASCP Annual Meeting, June 16–19, 2014, Hollywood, FL, États-Unis » Erica Voss est employée en recherche et développement chez Janssen, et est actionnaire du groupe Johnson & Johnson.

Références

[1] Noordsy DL, et al. Patient Prefer Adherence 2010;4:263–71.

[2] Rosenbaum PR, Rubin DB. Biometrika.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.038>

P127

Palmitate de palipéridone chez des patients atteints de schizophrénie, non-aigus mais symptomatiques, après échec d'un traitement par aripiprazole

P. Bergmans^{1,*}, L. Hargarter², P. Cherubin³, E. Rancans⁴, Y. Bez⁵, E. Parellada⁶, B. Carpinello⁷, P. Vidailhet⁸, A. Schreiner²¹ Biostatistics & Programming, Janssen Cilag Benelux, Tilburg,

Pays-Bas

² EMEA Medical Affairs, Janssen Cilag, Neuss, Allemagne³ EMEA Medical Affairs, Janssen Cilag, Issy-les-Moulineaux, France⁴ Department Psychiatry & Narcology, Riga Stradins University, Riga, Lettonie⁵ Dicle University Medical Faculty, Diyarbakir, Turquie⁶ Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Espagne⁷ Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari, Cagliari, Italie⁸ CHRU de Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pbergman@its.jnj.com (P. Bergmans)

Objectifs Évaluer la tolérance, la sécurité d'emploi et la réponse à un traitement par le palmitate de palipéridone (PP) administré en doses mensuelles flexibles dans un sous-groupe de patients adultes atteints de schizophrénie, non-aigus mais symptomatiques, après échec d'un traitement par aripiprazole oral.

Méthodes Étude internationale multicentrique, ouverte, prospective de 6 mois.

Paramètres d'évaluation Changement du score total de PANSS, de CGI-S et CGI-C, du fonctionnement personnel et social (Personal and Social Performance Scale [PSP]), des symptômes extrapyramidaux (Extrapyramidal Symptom Rating Scale [ESRS]) et événements indésirables (EIs).

Résultats Quarante-six patients (73,9% d'hommes, âge moyen $34,4 \pm 9,4$ ans, 78,3% souffrant de schizophrénie paranoïde) ont été étudiés. La principale raison de la substitution d'aripiprazole oral (dose moyenne de $22,7 \pm 10,7$ mg/jour) par le PP était « le choix du patient » (39,1%); 67,4% des patients ont terminé l'étude à 6 mois. Le score total moyen de PANSS a diminué de $74,7 \pm 14,9$ à l'inclusion à $62,6 \pm 16,5$ lors de la dernière observation (soit une variation moyenne de $-12,2 \pm 16,7$ points; IC 95% [-17,1; -7,2]; $p < 0,0001$). Chez 52,2% des patients, l'amélioration du score total de PANSS a été $\geq 20\%$; le pourcentage de patients considérés légèrement malades ou moins selon les critères de la CGI-S est passé de 23,9% à 56,5%. Au total, 75,5% des patients ont été jugés améliorés à la CGI-C par rapport au traitement antérieur par aripiprazole. Le score de l'échelle de fonctionnement PSP s'est amélioré de $58,9 \pm 13,4$ à $62,9 \pm 15,2$ ($p = 0,041$). Les EIs touchant $\geq 5\%$ des patients étaient : anxiété ($n = 6$), douleur au site d'injection, bronchite, insomnie, akathisie ($n = 4$ chacun) et augmentation du poids, dépression et douleur aux extrémités ($n = 3$ chacun). Les symptômes extrapyramidaux selon ESRS se sont améliorés de façon significative depuis l'inclusion jusqu'à 6 mois chez les patients ayant terminé l'étude ($-1,4 \pm 2,7$; $p < 0,006$).

Conclusions L'utilisation de doses flexibles de PP a permis une amélioration symptomatique et fonctionnelle cliniquement significative chez des patients atteints de schizophrénie, non-aigus et en échec de traitement par aripiprazole oral. Le PP a été bien toléré avec une diminution des symptômes extrapyramidaux.

Mots clés Schizophrénie ; Thérapeutique ; Antipsychotiques ; Palipéridone ; Aripiprazole

Déclaration d'intérêts Traduction du résumé présenté au congrès DGPPN 27–30 novembre 2013, Berlin, Allemagne. P. Bergmans est un employé en biostatistique et programmation chez Janssen-Cilag, groupe Johnson & Johnson.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.039>

P128

Le traitement mensuel par palmitate de paliperidone (PP) versus les traitements antipsychotiques oraux journaliers retarde les conséquences négatives de la schizophrénie en « vie réelle » (étude PRIDE)

H.L. Starr^{1,*}, L. Mao², S. Rodriguez¹, L. Alphs¹¹ Janssen Scientific Affairs, LLC, Titusville, NJ, États-Unis² Janssen Research & Development, Titusville, NJ, États-Unis

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : HStarr@its.jnj.com (H.L. Starr)

Objectifs Un échec de traitement peut entraîner diverses conséquences à la fois pour le patient souffrant de schizophrénie mais aussi en terme de santé publique (arrêt du traitement, hospitalisation, addiction, arrestation/incarcération) [1–3]. Cette étude a comparé en vraie vie, les délais avant échec au traitement des patients souffrant de schizophrénie ayant des antécédents d'incarcération, traités soit par palmitate de paliperidone (PP) ou par des antipsychotiques oraux (APO).

Méthodes Paliperidone Research In Demonstrating Effectiveness (PRIDE) est une étude en ouvert, prospective, randomisée, d'une durée de 15 mois, comparant le PP une fois par mois aux APO chez des sujets atteints de schizophrénie, avec des antécédents d'incarcération (NCT01157351). Les sujets ont été randomisés (1:1) en deux groupes :

- PP à doses flexibles (78–234 mg) administrées une fois par mois ou à ;
- l'un des 7 APO couramment prescrits par l'investigateur.

Le critère de jugement principal était le délai avant échec du traitement (défini comme arrestation/incarcération, hospitalisation, suicide, arrêt du traitement ou supplémentation par manque d'efficacité ou mauvaise tolérance et/ou besoin d'intensifier les soins psychiatriques) évalué par la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats Un total de 450 sujets ont été inclus (sexe masculin = 86,3%). Le délai avant échec du traitement était significativement plus long avec le PP par rapport aux APO (médiane = 416 vs 226 jours avant arrêt du traitement ou supplémentation ; Rapport de risque [IC95%] = 1,43 [1,09, 1,88] ; $p = 0,011$). Les taux d'échecs du traitement étaient de 39,8% avec le PP et de 53,7% avec les APO. Des résultats similaires ont été observés pour le délai avant hospitalisation ou arrestation/incarcération (médiane ≥ 450 vs 274 jours ; rapport de risque [IC95%] = 1,43 [1,06, 1,93] ; $p = 0,019$). Les événements indésirables les plus fréquents (PP vs APO, $\geq 10\%$) étaient : douleur au site d'injection (18,6% vs 0%) ; insomnie (16,8% vs 11,5%) ; prise de poids (11,9% vs 6,0%) ; akathisie (11,1% vs 6,9%) ; anxiété (10,6% vs 7,3%).

Conclusion Le traitement mensuel par PP injectable retarde significativement le délai de survenue d'un large éventail de conséquences négatives de la schizophrénie en vie réelle.

Mots clés Schizophrénie ; Thérapeutique ; Antipsychotiques ; Palipéridone

Déclaration d'intérêts Traduction du résumé présenté à la « Society of Biological Psychiatry, 69th Annual Scientific Meeting, May 8–10, 2014, New York, NY, USA » H.L. Starr est employée aux affaires scientifiques chez Janssen, groupe Johnson & Johnson.

Références

- [1] Hoge SK. Public health behind bars: from prisons to communities. New York: Springer; 2007.
- [2] Ascher-Svanum H, et al. BMC Psychiatry 2010;10:11.
- [3] Folsom D, Jeste DV. Acta Psychiatr Scand 2002;105:404–13.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.040>

P129

Les rechutes dans la schizophrénie ; comment prévenir?

A. Messaoudi*, S. Seklaoui, A. Ziri
CHU de Tizi-Ouzou, Tizi-Ouzou, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : akmessaoudi@yahoo.fr (A. Messaoudi)

Dans le domaine de la pathologie psychotique, les rechutes représentent une problématique importante dans la trajectoire des sujets schizophrènes. À l'origine de nombreuses réhospitalisations, ces rechutes sont généralement liées à un défaut d'observance. Et lorsqu'on s'intéresse à cette dynamique, on s'aperçoit que la plupart des études qui se sont intéressées à l'observance médicamenteuse et aux comportements visant à améliorer celle-ci se sont avérées

décevantes dans le domaine de la pathologie psychotique. Les progrès réalisés dans le traitement de la schizophrénie n'ont jusqu'ici pas modifié de manière radicale l'importance de l'adhésion des patients à leur médication, ni même la fréquence des rechutes. Si la rechute touche de 10 à 60% des sujets schizophrènes selon les études, les taux de bonne observance médicamenteuse avoisinent 50% pour l'ensemble des spécialités médicales et tombent parfois à moins de 20% dans le domaine de la schizophrénie. Les raisons principales de cette problématique sont pour la plupart des auteurs liées à un manque d'efficacité de la molécule prescrite, à la survenue d'effets secondaires handicapants, à la présence de convictions personnelles désadaptées, voire à la pathologie elle-même. Dans un tel contexte, il semble intéressant de développer de nouvelles stratégies de prescription permettant de parvenir le plus rapidement possible à une dose minimale efficace, voire d'explorer d'autres options thérapeutiques. La revue de la littérature réalisée ici fait un point sur les études récemment publiées (2002–2008) mettant en exergue l'impact que la prescription d'un neuroleptique classique, d'un antipsychotique atypique per os ou d'un APAP peut avoir sur l'observance médicamenteuse et la fréquence des rechutes de patients souffrant de schizophrénie.

Mots clés Rechutes ; Pronostic ; Observance

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Hamilton GA, Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance health care. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed., Washington, DC: American psychiatric Press; 2004.

Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. Schizophr Bull 1991;17:325–51.

Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatr Scand 2002;106:286–90.

Hogarty GE. Medication adherence studies in schizophrenia. Am J Psychiatry 2004;161:581–2.

Palazzolo J. Dire pour vivre – Pathologies psychiques: témoignages au quotidien. Paris: Ellébore « Champs Ouverts »; 2004.

Palazzolo J. Observance médicamenteuse et psychiatrie. Paris: Elsevier; 2004.

Cramer JA, Rosenheck R. "Compliance with medication regimens for mental and physical disorders". Psychiatr Serv 1998;46:196–201.

Marder SR. "Overview of partial compliance". J Clin Psychiatry 2003;64(suppl. 16):3–9.

Fleishhacker WW, Oehl MA, Hummer M. "Factors influencing compliance in schizophrenia patients". J Clin Psychiatry 2003;64(suppl. 16):10–3.

Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh Jr JL, Davis JM, Lewis DA. "Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, affective disorders". Am J Psychiatry 1995;152:856–61.

Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. "Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings". Schizophr Bull 1997;23:637–51.

Weiden PJ, Olfson M. "Cost of relapse in schizophrenia". Schizophr Bull 1995;21:419–29.

Johnson DAW, Pasterski G, Ludlow JM, Street K, Taylor RDW. "The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences". Acta Psychiatr Scand 1983;67:339–52.

Möller HJ. Long-acting injectable risperidone for the treatment of schizophrenia: clinical perspectives. Drugs 2007;67:1541–66.

Taylor M, Currie A, Lloyd K, Price M, Peperell K. Impact of risperidone long acting injection on resource utilization in psychiatric secondary care. J Psychopharmacol 2008;22:128–31.

Grain H. Changes in doctor-patient relationships for realizing the personal health paradigm. Stud Health Technol Inform 2008;137:373–8.

