



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 42 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE FILGOTINIB COMO TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA ACTIVA DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DEL ESTUDIO SELECTION DE FASE 2B/3

C. Taxonera<sup>1</sup>, L. Peyrin-Biroulet<sup>2</sup>, E.V. Loftus Jr<sup>3</sup>, S. Danese<sup>4</sup>, S. Vermeire<sup>5</sup>, W.J. Sandborn<sup>6</sup>, R. Fogel<sup>7</sup>, S. Nijhawan<sup>8</sup>, R. Kempinski<sup>9</sup>, R. Filip<sup>10</sup>, I. Hspodarskyy<sup>11</sup>, J. McNally<sup>12</sup>, C. Yun<sup>12</sup>, S. Zhao<sup>12</sup>, X. Liu<sup>12</sup>, C. Tasset<sup>13</sup>, R. Besuyen<sup>14</sup>, M. Watanabe<sup>15</sup>, S. Schreiber<sup>16</sup>, G. Rogler<sup>17</sup>, T. Hibi<sup>18</sup> y B.G. Feagan<sup>19</sup>

<sup>1</sup>Unidad de EII, Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Hospital universitario de Nancy University e Inserm U1256 NGERE, Universidad de Lorena, Vandoeuvre-les-Nancy (Francia). <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Clínica Mayo, Rochester, MN (EEUU). <sup>4</sup>Centro de EII, Departamento de Gastroenterología, Centro clínico y de investigación Humanitas-IRCCS, Departamento de Ciencias biomédicas, Universidad Humanitas University, Milán (Italia). <sup>5</sup>Hospitales Universitarios de Lovaina, Lovaina (Bélgica). <sup>6</sup>Universidad de California San Diego, La Jolla (EEUU). <sup>7</sup>Instituto de investigación clínica de Michigan, Detroit (EEUU). <sup>8</sup>Hospital de la Facultad de Medicina SMS, Jaipur (India). <sup>9</sup>CM Oporów, Rzeszów (Polonia). <sup>10</sup>Hospital Clínico n.º 2, Rzeszów (Polonia). <sup>11</sup>Facultad Nacional de Medicina de Ternopil, Ternopil, Volí (Ucrania). <sup>12</sup>Gilead Sciences Inc, Foster City, CA (EEUU). <sup>13</sup>Galápagos NV, Mechelen (Bélgica). <sup>14</sup>Galápagos BV, Leiden (Países Bajos). <sup>15</sup>Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Tokio, Tokio (Japón). <sup>16</sup>Hospital universitario de Schleswig-Holstein, Facultad de Medicina I e Instituto de Biología molecular clínica, Kiel (Alemania). <sup>17</sup>Hospital Universitario de Zúrich, Universidad de Zúrich, Zúrich (Suiza). <sup>18</sup>Centro de investigación y tratamiento avanzados de la EII, Hospital universitario de la universidad de Kitasato, Tokio (Japón). <sup>19</sup>Western University, London, ON (Canadá).

### Resumen

**Introducción:** Filgotinib (FIL) es un inhibidor preferente JAK 1 para la colitis ulcerosa (CU).

**Objetivos:** Estudio SELECTION de mantenimiento de FIL en pacientes con CU activa moderada grave en remisión clínica o respuesta según MCS (Mayo Score) tras 10 sem de inducción con FIL 200 mg, FIL 100 mg o placebo (PBO). Los pacientes en inducción con FIL fueron realeatorizados a su dosis de inducción de FIL o PBO. Los pacientes en PBO durante inducción continuaron con PBO. La reducción gradual de esteroides fue obligatoria. Endpoint principal fue remisión clínica en sem 58, definida p o r subpuntuación endoscópica (ES) # 1 punto e n subpuntuación de frecuencia de deposiciones (SFS) vs basal y una SFS ? 1. Endpoints secundarios fueron remisión clínica sin corticoides durante 6 meses, remisión clínica mantenida, remisión según la MCS, remisión endoscópica y remisión histológica en semana 58.

**Resultados:** Se incluyeron 664 pacientes (n = 93, 270 y 301 de PBO, FIL 100 mg y FIL 200 mg en la inducción, respectivamente); el análisis de eficacia solo incluyó pacientes que recibieron FIL en la inducción (n = 558). 40% pacientes habían recibido previamente biológicos. Mayor % de pacientes con FIL 200 mg o FIL 100 mg vs PBO alcanzaron remisión clínica (tabla). % de pacientes en remisión clínica sin corticosteroides a 6 meses y remisión histológica, fueron significativamente mayores con FIL 200 mg vs PBO. En conjunto, acontecimientos adversos (AA), AA graves y retiradas por AA fueron similares en todos los grupos de tratamiento (tabla). Las infecciones graves y por herpes zóster fueron poco frecuentes en todos los grupos. No se observaron trombosis venosas, incluida embolia pulmonar, en los pacientes con FIL.

**Tabla 1: Resumen de eficacia y seguridad del estudio SELECTION mantenimiento**

Tratamiento de inducción	FIL 200 mg		FIL 100 mg	
Tratamiento de mantenimiento	PBO	FIL 200 mg	PBO	FIL 100 mg
Remisión clínica, n/N (%)	11/98 (11,2)	74/199 (37,2)*	12/89 (13,5)	41/172 (23,8)†
Remisión clínica sin corticosteroides a los 6 meses, n/N (%)	3/47 (6,4)	25/92 (27,2)*	2/37 (5,4)	11/81 (13,6)
Remisión clínica mantenida, n/N (%)	5/98 (5,1)	36/199 (18,1)*	7/89 (7,9)	15/172 (8,7)
Remisión según la MCS, n/N (%)	9/98 (9,2)	69/199 (34,7)*	12/89 (13,5)	39/172 (22,7)
Remisión endoscópica, n/N (%)	6/98 (6,1)	31/199 (15,6)*	7/89 (7,9)	23/172 (13,4)
Remisión histológica, n/N (%)	13/98 (13,3)	76/199 (38,2)*	16/89 (18,0)	48/172 (27,9)
Tratamiento de inducción	PBO	FIL 200 mg		FIL 100 mg
Tratamiento de mantenimiento	PBO (n=93)	PBO (n=99)	FIL 200 mg (n=202)	PBO (n=91)
AA, n (%)	57 (61,3)	59 (59,6)	135 (66,8)	60 (65,9)
Retiradas por AA, n (%)	3 (3,2)	2 (2,0)	7 (3,5)	4 (4,4)
AA graves, n (%)	4 (4,3)	0	9 (4,5)	7 (7,7)
Muerte, n (%)	0	0	2 (1,0)	0
Infecciones, n (%)	21 (22,6)	25 (25,3)	71 (35,1)	27 (29,7)
Infecciones graves, n (%)	1 (1,1)	0	2 (1,0)	2 (2,2)
Herpes zoster, n (%)	0	0	1 (0,5)	1 (1,1)
Cualquier trombosis venosa, n (%)	2 (2,2)	0	0	0
Cualquier trombosis arterial, n (%)	0	0	0	1 (0,6)

\*p <0,025, †p <0,05 en el grupo de dosis de FIL frente a PBO

Remisión clínica = ES de 0 o 1, subpuntuación de rectorragia de 0 y disminución ≥1 punto de la puntuación SFS con respecto al momento basal para alcanzar una puntuación SFS de 0 o 1; remisión clínica sin corticoides durante 6 meses = remisión clínica sin corticoides para la indicación de CU durante ≥6 meses antes de la semana 58 en los pacientes tratados con corticoides en el momento basal del estudio de mantenimiento; remisión clínica mantenida = remisión clínica en las semanas 10 y 58; remisión según la MCS = MCS ≤2 y ninguna subpuntuación >1; remisión endoscópica = ES de 0. Remisión histológica = grado 0 de ≤0,3, grado 1 de ≤1,1, grado 2a de ≤2A,3, grado 2b de 2B,0, grado 3 de 3,0, grado 4 de 4,0 y grado 5 de 5,0.

**Conclusiones:** FIL 200 y 100 mg fue eficaz como tratamiento de mantenimiento en CU activa de moderada grave en pacientes con respuesta clínica al tratamiento de inducción con FIL. FIL 200 mg cumplió los endpoints secundarios clave. FIL fue bien tolerado.