



121 - CALPROTECTINA FECAL ES MARCADOR PRONÓSTICO DE RESPUESTA A FILGOTINIB: ANÁLISIS POST HOC DEL ESTUDIO SELECTION

Fernando Bermejo¹, Edouard Louis², Brian Feagan^{3,4}, Tadakazu Hisamatsu⁵, Virginia Taliadouros⁶, Rob Jongen⁷, Alessandra Oortwijn⁶, Carole Van der Donckt⁷ y Laurent Peyrin-Biroulet⁸

¹Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario CHU Lieja, Bélgica. ³Alimentiv, London, ON, Canadá. ⁴División de Gastroenterología, Centro de Ciencias de la Salud de London, Western University, London, ON, Canadá. ⁵Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Facultad de Medicina de la Universidad Kyorin, Tokio, Japón. ⁶Galapagos NV, Leiden, Países Bajos. ⁷Galapagos NV, Malinas, Bélgica. ⁸Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario de Nancy, Universidad de Lorraine, Vandoeuvre-lès-Nancy, Francia.

Resumen

Introducción: El filgotinib (FIL), inhibidor preferente JAK1, oral 1 v/día, está indicado en colitis ulcerosa (CU). La calprotectina fecal (CF) elevada se asocia a recidiva usándose en la monitorización no invasiva. Se evaluó CF como marcador pronóstico de respuesta a FIL200.

Objetivos y métodos: Análisis post hoc del estudio SELECTION (utilizando pruebas U de Mann-Whitney y curvas ROC comparando con AUC), evaluaron la mediana de concentración de CF y umbrales de concentración de CF vs. evaluaciones histológicas y endoscópicas discriminando respuesta de puntuación de Clínica Mayo (MCS), respuesta endoscópica y remisión endoscópica tras inducción (sem 10) y remisión clínica en mantenimiento (sem 58) con FIL200.

Resultados: CF basal no es factor pronóstico de respuesta MCS en sem 10, pero CF en sem 10 se asoció a respuesta MCS y remisión endoscópica (sí: 59 [29-186] frente a no: 527 [148-1.598], $\mu\text{g/g} < 0,0001$) en sem 10. Con un punto de corte de 250 $\mu\text{g/g}$ para resultado binario, CF $< 250 \mu\text{g/g}$ (CF250) en sem 10 se asoció a respuesta MCS en sem 10 (sí: n = 340 [valor predictivo positivo (VPP): 75,9%]; no: n = 454 [valor predictivo negativo (VPN): 61,5%]). Combinar CF250 con mejora sintomática (remisión pMCS) mejoró el VPP (79,8%) y el VPN (73,5%) vs. respuesta MCS en la semana 10. CF250 se asoció a respuesta endoscópica en sem 10 (VPP: 42,2%; VPN: 90,4%; AUC de la curva ROC: 0,724 [intervalo de confianza del 95%: 0,693-0,754]). CF250 más remisión pMCS en sem 10 fue pronóstica de remisión clínica en sem 58 con AUC mayor que la respuesta endoscópica, la remisión histológica por índice Geboes, la CF250 o remisión pMCS solas (tabla).

Tabla 1. Valor pronóstico de la concentración de CF y evaluaciones invasivas y no invasivas en la semana 10 en cuanto a la remisión clínica en la semana 58 en pacientes tratados con FIL200

	Sí	No	VPP	VPN	Curva ROC		Regresión logística	
					AUC (IC del 95 %)	Razón de posibilidades (IC del 95 %)	Valor de <i>p</i> ^a	
CF250	Sí 51 (47,2 %)	57 (52,8 %)	47,2 %	–	0,606	2,440	0,0046	
	No 22 (26,8 %)	60 (73,2 %)	–	73,2 %	(0,536–0,676)	(1,316–4,525)		
Remisión pMCS	Sí 61 (42,1 %)	84 (57,9 %)	42,1 %	–	0,576	2,290	0,0213	
	No 13 (24,1 %)	41 (75,9 %)	–	75,9 %	(0,516–0,636)	(1,131–4,638)		
Respuesta endoscópica	Sí 37 (50,7 %)	36 (49,3 %)	50,7 %	–	0,606	2,472	0,0030	
	No 37 (29,4 %)	89 (70,6 %)	–	70,6 %	(0,536–0,676)	(1,359–4,495)		
Remisión histológica según Geboes	Sí 32 (45,1 %)	39 (54,9 %)	45,1 %	–	0,559	1,661	0,0953	
	No 42 (33,1 %)	85 (66,9 %)	–	66,9 %	(0,489–0,629)	(0,915–3,014)		
CF <250 µg/g y remisión histológica según el índice de Geboes	Sí 27 (50,0 %)	27 (50,0 %)	50,0 %	–	0,570	1,957	0,0401	
	No 46 (33,8 %)	90 (66,2 %)	–	66,2 %	(0,502–0,637)	(1,031–3,714)		
CF <250 µg/g, remisión histológica según el índice de Geboes y respuesta endoscópica	Sí 20 (60,6 %)	13 (39,4 %)	60,6 %	–	0,581	3,018	0,0051	
	No 53 (33,8 %)	104 (66,2 %)	–	66,2 %	(0,523–0,640)	(1,394–6,536)		
CF <250 µg/g y remisión pMCS	Sí 45 (51,7 %)	42 (48,3 %)	51,7 %	–	0,629	2,870	0,0006	
	No 28 (27,2 %)	75 (72,8 %)	–	72,8 %	(0,558–0,700)	(1,568–5,252)		

AUC, área bajo la curva ROC; IC, intervalo de confianza; CF, calprotectina fecal; CF250, CF <250 µg/g; FIL200, filgotinib 200 mg; VPN, valor predictivo negativo; pMCS, remisión parcial según la puntuación de la Clínica Mayo; VPP, valor predictivo positivo; ROC, características operativas del receptor.

Respuesta MCS: reducción de 3 o más puntos en MCS y al menos 30% desde la basal de subpuntuación de sangrado rectal de 1 o más puntos, o subpuntuación de sangrado rectal de 0 ó +. pMCS = suma de las subpuntuaciones de sangrado rectal, frecuencia de deposiciones y evaluación global del médico. Remisión pMCS = pMCS of ≥1.

Conclusiones: Concentración de CF tras inducción con FIL200 se asocia a respuesta a corto plazo. Combinar CF250 y remisión pMCS en sem 10 es un aceptable marcador pronóstico no invasivo de remisión clínica en sem 58. Se puede evitar la endoscopia en estadios tempranos en algunos pacientes utilizando biomarcadores y un índice clínico.