

Standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie inzake de toepassing van belimumab bij volwassen patiënten met Systemische Lupus Erythematosus (SLE)

Auteurs die het standpunt hebben voorbereid:

Prof dr A.E. Voskuyl, VUmc en dr H.J. Bernelot Moens, Ziekenhuisgroep Twente.

Potentiele belangenverstrengeling: Beide auteurs zijn actief lid van de Landelijke werkgroep SLE en tevens bestuurslid van de Stichting Registratie Systeemziekten Nederland, de houder van het DAiRE register. Dit register is mogelijk gemaakt door steun van ZONmw, GSK, en UCB. De auteurs waren betrokken bij het voorwaardelijke toelatingstraject van Belimumab in de periode 2013-2017. Zij namen deel aan een adviesraad van GSK en ontvingen hiervoor vergoedingen minder dan €1000,-.

Inleiding

Het doel van de behandeling van patiënten met SLE is het bereiken van een zo laag mogelijke ziekteactiviteit. Daarmee is de kans op progressieve schade als gevolg van de ziekte en/ of behandeling geringer. Bij het bereiken van deze doelen is de kwaliteit van leven hoger en de kans op mortaliteit lager. In de huidige richtlijnen van de behandeling van SLE, wordt het gebruik van hydroxychloroquine als basisbehandeling aanbevolen. Voor patiënten zonder majeure orgaanmanifestaties, zoals bij lupus nefritis, neuro-SLE, wordt, naast (hydroxy)chloroquine en corticosteroiden veelal gebruik gemaakt van andere immuunsuppressieve medicatie, zoals azathioprine, methotrexaat, mycofenolaat mofetil.

Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft op 29 maart 2018 de conclusie gerapporteerd dat bij de behandeling van volwassen patiënten met actieve SLE met een hoge mate van ziekteactiviteit toevoeging van belimumab SC een therapeutische meerwaarde heeft in vergelijking met placebo. Op basis van een indirecte vergelijking tussen de subcutane en de intraveneuze toedieningsvorm van belimumab, gebruikmakend van farmacokinetische studies, luidt de conclusie dat belimumab SC en belimumab IV een gelijke therapeutische waarde hebben. Daarom heeft het Bestuur van de NVR bovengenoemde leden verzocht een standpunt te concipiëren inzake de praktische toepassing van dit nieuwe en kostbare geneesmiddel.

Belimumab is een humaan IgG1 λ monoklonaal antilichaam dat specifiek bindt aan de oplosbare fractie van het B-Lymphocyte Stimulator (BLyS) eiwit, een B-cel overlevingsfactor en voorkomt hiermee binding van BLyS aan zijn receptor op B-cellen. Belimumab remt daardoor de BLyS gemedieerde overleving en rijping van B-cellen en het ontstaan van autoreactieve antilichamen. Het Farmacotherapeutisch rapport van ZIN geeft een goed en nauwkeurig overzicht van de diverse studies. De effectiviteit van belimumab is onderzocht in drie fase 3 gecontroleerde, gerandomiseerde studies (BLISS-76, BLISS-52 en BLISS-SC), twee fase 4 studies (lange termijn follow-up) en een post-hoc analyse in een subpopulatie met hoge ziekteactiviteit uit de BLISS-76 en BLISS-52 studies met een hogere respons op belimumab. In de totale populatie van patiënten behandeld met belimumab SC (n=556) werd na 52 wkn een SRI-4 respons bereikt van 61,4% vs. een respons van 48,4% in de placebo-arm (n=280). De respons op belimumab SC werd na 26 weken bereikt en bleef behouden tot week 52. In deze studies werden patiënten geïncludeerd met actieve SLE, gedefinieerd als een SELENA-SLEDAI (Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus National Assessment *SELENA-SLEDAI) - score* ≥ 8 en positieve testresultaten op antinucleaire (ANA- of anti-dsDNA-) antilichamen. De patiënten ontvingen een stabiele SLE behandeling bestaande uit de volgende middelen (als monotherapie of als combinatie): gluco-corticosteroiden, antimalaria-middelen, NSAID's of andere immunosuppressiva. De resultaten van de studie met belimumab SC komen in grote lijnen overeen met die uit de eerdere IV studies. Renale en cerebrale vormen van SLE werden in alle trials uitgesloten, het effect op deze ziektevormen is nog onvoldoende onderzocht.

Over het algemeen kan worden gesteld dat belimumab meer als onderhoudstherapie dan als inductie therapie wordt beschouwd voor de behandeling van SLE (met als uiteindelijk doel daling van ziekteactiviteit, minder frequente opvlammingen en lagere dosis corticosteroiden). Overigens is de kans op respons van de behandeling binnen 6-12 maanden bij actieve SLE patiënten groter naarmate de initiële ziekteactiviteit hoger is (SLEDAI > 8), of als sprake is van anti-dsDNA positiviteit in combinatie met verlaagd complement, of corticosteroid behandeling bij start belimumab. Dit laatste betekent echter niet dat er geen indicatie kan zijn voor belimumab bij een SLEDAI < 8.

Standpunt

Op basis van bovengenoemde overwegingen neemt de NVR het volgende standpunt in inzake de toepassing van belimumab SC of IV bij SLE:

- * Belimumab kan worden toegepast bij volwassenen met SLE met langdurig een hoge mate van klinische ziekteactiviteit (bijvoorbeeld blijkend uit SLEDAI score \geq 4 en/of afhankelijkheid van prednison >10mg per dag of equivalent steroid) EN onvoldoende effect van standaard behandeling : tenminste hydroxychloroquine , glucocorticosteroiden en één ziektemodificerend geneesmiddel zoals azathioprine, methotrexaat, mycofenolaat mofetil of leflunomide;*
- * Belimumab kan worden toegepast bij volwassen patiënten met SLE met frequente opvlammingen en/of bij diegenen die veel bijwerkingen van glucocorticosteroiden hebben, waarbij een lage dosering (< 10 mg) glucocorticosteroiden zeer gewenst is;*
- * Positief anti-dsDNA en laag complement kunnen wijzen op ziekteactiviteit, maar zonder bijpassende klinische manifestaties zijn afwijkende waarden geen indicatie voor behandeling met belimumab;*
- * Omdat het een nieuw en kostbaar geneesmiddel betreft dient belimumab alleen te worden toegepast als onvoldoende effect wordt bereikt met standaard behandeling, die tenminste heeft bestaan uit hydroxychloroquine, glucocorticosteroiden en één ziekte modificerend geneesmiddelmiddel zoals azathioprine of methotrexaat of mycofenolaat mofetil;*
- * Belimumab moet niet worden toegepast bij op de voorgrond staande renale en/of cerebrale ziekteactiviteit van SLE, omdat werkzaamheid op deze ziekte-uitingen nog niet is aangetoond;*
- * Indien belimumab wordt voorgeschreven dient de ziekteactiviteit nauwkeurig te worden vervolgd door meting van ziekteactiviteit (subjectief en objectief) op verschijnselen die aanleiding waren tot het starten van belimumab EN de SLEDAI;*
- * Ziekteactiviteit en bijwerkingen dienen in het 1^e jaar van de behandeling tenminste elke 3 maanden en vanaf het tweede jaar tenminste elke 6 maanden te worden gemonitord;*
- * Ziekteactiviteit en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten en bijwerkingen worden bij voorkeur vastgelegd in het landelijke DAiRE register (www.dairegistry.nl), opdat kennis en ervaring met dit geneesmiddel worden vergroot;*
- * Als na 6 maanden gebruik geen verbetering van ziekteactiviteit of relevante verlaging van glucocorticosteroid dosering (> 50% als initiële dosis > 10 mg prednison equivalent, met streven naar 5 mg per dag of lager) is bereikt moet overwogen worden de behandeling met belimumab te staken;*
- * Voor afdelingen met beperkte ervaring met SLE en belimumab wordt geadviseerd de indicatie vooraf te overleggen met een expertisecentrum.*

Datum eerste versie (voorstel van auteurs aan bestuur 22 mei 2018)

– Datum publicatie website 1 november 2018

– Datum vaststellen ALV : 27 september 2018

Referenties

1. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/03/29/standpunt-belimumab-subcutaan-benlysta-en-voorwaardelijke-toelating-belimumab-intraveneus-bij-de-behandeling-van-volwassen-patienten-met-sle> (bevat verwijzingen naar alle onderliggende studies en gradering van mate van bewijs)
2. Stohl W, Schwarting A et al. Efficacy and safety of subcutaneous belimumab in systemic lupus erythematosus: A randomized, double-blind, placebo-controlled, 52-week study. *Arthritis Rheumatol.* 2017.
3. Ginzler EM, Wallace DJ et al. Disease control and safety of belimumab plus standard therapy over 7 years in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol.* 2014;41(2):300-9.
4. Bruce IN, Urowitz M et al. Long-term organ damage accrual and safety in patients with SLE treated with belimumab plus standard of care. *Lupus.* 2016;25(7):699-709.
5. van Vollenhoven RF, Petri M et al. Cumulative Corticosteroid Dose Over Fifty-Two Weeks in Patients With Systemic Lupus Erythematosus: Pooled Analyses From the Phase III Belimumab Trials. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(9):2184-92. 55
6. van Vollenhoven R, Voskuyl A, Bertsias G, et al. A framework for remission in SLE: consensus findings from a large international task force on definitions of remission in SLE (DORIS). *Ann Rheum Dis.* 2017 Mar;76(3):554-561. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209519. Epub 2016 Nov 24. Review. PubMed PMID: 27884822.
7. van Vollenhoven RF, Mosca M, Bertsias G, et al. Treat-to-target in systemic lupus erythematosus: recommendations from an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jun;73(6):958-67. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-205139. PubMed PMID: 24739325
8. Bertsias G, Ioannidis JP, Boletis J, et al; Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. *Ann Rheum Dis.* 2008 Feb;67(2):195-205. Epub 2007 May 15. PubMed PMID: 17504841..

* *in deze tekst wordt de term SLEDAI-score gebruikt, in de genoemde studies en in de meeste ziekenhuizen gaat de voorkeur uit naar de SLENAI-score*