



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

AVIS

7 décembre 2011

Le projet d'avis adopté par la Commission le 27 avril 2011 a fait l'objet d'une audition le 7 décembre 2011

ZOMACTON 10 mg/ml, poudre et solvant pour solution injectable en seringue préremplie

B/1 flacon + 1 seringue préremplie de 1 ml (CIP : 370 840-3)

ZOMACTON 4 mg, poudre et solvant pour solution injectable en multidose

B/1 flacon + 1 ampoule de 3,5 ml (CIP : 342 154-1)

Ces médicaments peuvent être administrés soit avec une seringue classique, soit avec le dispositif médical ZOMAJET

Laboratoire FERRING SAS

Somatropine

Code ATC : H01AC01

Liste I

Prescription initiale hospitalière annuelle réservée aux spécialistes en pédiatrie et/ou en endocrinologie et maladies métaboliques exerçant dans les services spécialisés en pédiatrie et/ou en endocrinologie et maladies métaboliques.

Date de l'AMM (reconnaissance mutuelle, pays rapporteur France)

ZOMACTON 4 mg : 26 février 1992

ZOMACTON 10 mg/ml : 15 juin 2006

Motif de la demande : Réévaluation du SMR conformément à l'article R 163-21 du code de la sécurité sociale dans l'indication de l'enfant non déficitaire :

- Traitement du retard de croissance chez les filles atteintes de dysgénésie gonadique (syndrome de Turner) confirmée par analyse chromosomique.

Les indications concernant l'enfant déficitaire en hormone de croissance ne sont pas concernées par cette réévaluation.

Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique

1 CARACTERISTIQUES DU MEDICAMENT

1.1. Principe actif

Somatropine

1.2. Indications

« ZOMACTON est indiqué :

- dans le traitement à long terme des enfants présentant un retard de croissance lié à un déficit de sécrétion de l'hormone de croissance ;
- dans le traitement à long terme d'un retard de croissance lié au syndrome de Turner, confirmé par analyse chromosomique.»

1.3. Posologie

Syndrome de Turner :

La posologie recommandée est de 0,33 mg/kg de poids corporel par semaine (approximativement 9,86 mg/m² de surface corporelle) administrée par voie SC en 6 à 7 injections par semaine (soit une injection quotidienne de 0,05 mg/kg de poids corporel ou 1,40 à 1,63 mg/m² de surface cutanée).

2 RAPPEL DES AVIS DE LA COMMISSION CHEZ LES ENFANTS NON DÉFICITAIRES

Tableau 2 : SMR des spécialités d'hormone de croissance dans les indications chez l'enfant non déficitaire

Indications Spécialités	Syndrome de Turner	Insuffisance rénale chez l'enfant pré pubère	Insuffisance rénale chez l'enfant pubère	Syndrome de Prader-Willi	Déficit du gène SHOX	Retard de croissance chez les enfants nés petits pour l'âge gestationnel ou retard de croissance intra utérin*
Génotonorm	important	important	important	modéré	-	modéré
Norditropine	important	important	-	-	-	modéré
Nutropinaq	important	important	-	-	-	-
Saizen	important	important	-	-	-	modéré
Umatrope	important	important	-	-	modéré	modéré
Zomacton	important	-	-	-	-	-
Omnitrope	important	important	important	modéré	-	modéré

*La Commission de la transparence a restreint le périmètre du SMR lorsque la taille est < -3DS alors que l'AMM concerne les tailles < -2,5DS.

Tableau 3 : Niveau d'ASMR des spécialités d'hormone de croissance dans les indications chez l'enfant non déficitaire

ASMR (date d'obtention)	Syndrome de Turner	Insuffisance rénale chez l'enfant pré pubère	Insuffisance rénale chez l'enfant pubère	Syndrome de Prader-Willi	Déficit du gène SHOX	Retard de croissance chez les enfants nés petits pour l'âge gestationnel ou à un retard de croissance intra utérin
Génotonorm	II (oct 1996)	II (oct 1996)		III (sept 2001)	-	V (juil 2004)
Norditropine	II (sept 1996)	II (sept 1996)	-	-	-	V (juil 2004)
Nutropinaq	V (sept 2004)	V (sept 2004)	-	-	-	-
Saizen	II (oct 1996)	II (nov 1998)	-	-	-	V (mars 2006)
Umatrope	II (oct 1996)	II (mai 2000)	-	-	IV (juil 2008)	V (juil 2007)
Zomacton	V (oct 2001)	-	-	-	-	-
Omnitrope	V (janv 2007)	V (janv 2007)		V (janv 2007)	-	V (janv 2007)

3 MEDICAMENTS COMPARABLES

3.1. Classement ATC (2011)

H : Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues
H01 : Hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues
H01A : Hormones de l'antéhypophyse et analogues
H01AC : Somatotropine et analogues
H01AC01 : Somatotropine

3.2. Médicaments de même classe pharmaco-thérapeutique

Tableau 4 : Indications des spécialités contenant de l'hormone de croissance chez l'enfant

	Déficit en hormone de croissance	Syndrome de Turner	Insuffisance rénale chez l'enfant pré pubère	Insuffisance rénale chez l'enfant pubère	Syndrome de Prader-Willi	Déficit du gène SHOX	Retard de croissance chez les enfants nés petits pour l'âge gestationnel ou Retard de croissance intra utérin
Génotonorm	+	+	+	+	+	non	+
Norditropine	+	+	+	non	non	non	+
Nutropinaq	+	+	+	non	non	non	non
Saizen	+	+	+	non	non	non	+
Umatrope	+	+	+	non	non	+	+
Zomacton	+	+	non	non	non	non	non
Omnitrope	+	+	+	+	+	non	+

4 DONNEES SUR L'UTILISATION DU MEDICAMENT

Ces spécialités ne sont pas suffisamment prescrites pour figurer sur les panels de prescription dont nous disposons (panels IMS et GERS).

Des données d'utilisation sont disponibles pour l'indication syndrome de Turner.

Syndrome de Turner

Dans cette indication, les seules données d'utilisation disponibles, issues d'une étude de la Cnamts publiée en 2004, sont les suivantes :

- *Syndrome de Turner* : près de 900 patientes traitées (estimation France entière), âge moyen 12,5 ans, pathologie sévère associée (principalement malformation cardiaque ou pulmonaire) dans 9% des cas, critère de mise sous traitement (âge osseux < 12 ans selon la FIT) non respecté dans 6% des cas, durée moyenne de traitement 5,6 ans, gain de taille moyen total + 2,35 DS par rapport aux courbes de Turner et + 1,06 DS par rapport aux courbes de référence, critères d'arrêt de traitement (selon la FIT) non respectés pour 13 % des patientes (gain de taille sur la dernière année de traitement, âge osseux et taille), posologies comprises entre 0,7 et 0,9 UI/kg/semaine dans 77% des cas (supérieure à 0,9 UI/kg/semaine pour 15% des patientes traitées), motifs d'arrêt les plus fréquents : limite de taille ou âge osseux dépassé, réponse insuffisante au traitement, décision de la patiente ou de sa famille.

Enfin, aucune étude post inscription à la demande de la HAS n'est en cours dans cette indication, les demandes formulées en 2000 par les autorités ont été annulées en 2002 à la demande de l'industriel concerné.

5 DONNEES SUR LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE L'HORMONE DE CROISSANCE EN EUROPE

Le tableau 5 ci dessous précise, pour chacune des spécialités commercialisées en France, les pays européens dans lesquels elles sont remboursées (dans quelles indications, et à quel taux) ainsi que les conditions particulières d'accès au remboursement. D'après ces informations, il semble que :

- Tous les pays européens prennent en charge le traitement par hormone de croissance dans le syndrome de Turner et l'insuffisance rénale.
- les indications SHOX, SGA et syndrome de Prader Willi ne sont pas prises en charge dans tous les pays.
- Lorsqu'il y a prise en charge, elle prend en compte intégralement le coût du traitement.

Tableau 5. Prise en charge et modalités de remboursement en Europe de l'hormone de croissance

	Syndrome de Turner	Insuffisance rénale	Syndrome de Prader-Willi	Déficit du gène SHOX	SGA	Remarques
Allemagne	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	
Autriche	100 %	100 %	100 %	0	0	
Belgique	100 %	100 %	100 %	0	100% si T < - 2 SDS	Limitation des prescripteurs aux spécialistes universitaires
Danemark	100 %	100%	100%			
Espagne	100 % si T < -2 SDS âge ≥ 2ans	100 % si : T < -2 SDS âge ≥ 2ans	100 %	100%	100% si T < - 2.5 SDS et VC = 0	
Estonie	100 %	100 %	100 %	0	100 %	Limitée aux enfants dont la croissance n'est pas terminée.
Finlande	42%	100 %	42 %	0	42%	
Grèce	100 % si âge ≥ 2ans	100 % si âge ≥ 2ans	100 %			
Irlande	100 %	100 %	100 %	0	100 %	Pas de contrôle du respect des indications
Italie	100 %	100 %	100 % si : 1/ déficit, 2/ âge prépubère, 3/ IMC < 25, 4/ fonction respiratoire normale	0	100 %	Remboursement pour 2 ans, prolongé sur avis d'une commission régionale
Luxembourg	100 %	100 %				
Lettonie	100 %	100 %	100 %	0	100 %	
Malte	100%	100%	0	0	100%	
Norvège	remboursement au cas par cas	remboursement au cas par cas	si déficit			36 %, avec plafond à charge de 56 euros/T)
Pays Bas	100 % si : T < -1,5 SDS âge ≥ 6ans	100 % si : 1/T < -1,3 SDS de la taille parentale 2/Baisse de la VC ≥ 0,25 SDS/an	100%			
Pologne	100 %	100 %	100 %			
Portugal	100 %	100 %	100 %	0	100%	Evaluation du dossier de chaque patient par une commission
R Tchèque	100 %	100 %	100%	100%	100%	
Roumanie	50 % T < -2,5 SDS	100 %				
Royaume Uni	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	
Suède	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	
Slovaquie	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	
Slovénie	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	Indications remboursées non définies, un seul lieu de prescription dans le pays

6 REACTUALISATION DES DONNEES DISPONIBLES DEPUIS LE PRECEDENT AVIS

Lors de la réévaluation de certaines spécialités d'hormone de croissance en 2007, dans l'indication retard de croissance chez les enfants nés petits pour l'âge gestationnel n'ayant pas rattrapé leur retard de croissance à l'âge de 4 ans ou plus, la Commission de la transparence s'est interrogée sur la démonstration du bénéfice de ce traitement en termes d'amélioration de la taille définitive et sur les incertitudes sur la tolérance à long terme d'un tel traitement. La Commission s'est aussi interrogée sur le fait que la petite taille pouvait ne pas constituer en soi une pathologie.

La réévaluation s'appuie sur les données contenues dans le rapport de la HAS « L'hormone de croissance chez l'enfant non déficitaire » (consultable sur <http://www.has-sante.fr>), ainsi que sur l'avis d'un expert extérieur au groupe de travail.

Le rapport de la HAS a été rédigé à partir de :

- l'ensemble des données de la littérature publiées jusqu'en mai 2010,
- une méta-analyse des essais cliniques d'efficacité sur la taille, commanditée par la HAS,
- les données fournies par les laboratoires,
- l'avis d'un groupe de travail pluridisciplinaire,
- les résultats récents de l'étude française de tolérance (SAGHE)¹
- les observations, le cas échéant retenues, réalisées lors de l'audition par des associations de patients et des professionnels de santé concernés par ces maladies rares.

Par ailleurs, le rapport de la HAS a évalué l'utilisation de l'hormone de croissance dans d'autres dimensions : psychologique, sociale, médico-économique, réglementaire et éthique.

6.1. Efficacité de l'hormone de croissance chez l'enfant non déficitaire

La HAS a sollicité la réalisation d'une méta-analyse, indication par indication, qui a recruté les essais cliniques sans limite de date de publication et portant sur tous les critères de taille. Par ailleurs, la HAS a fait une recherche bibliographique qui a permis de regrouper les études observationnelles. De plus, certaines données non publiées ont été fournies par les laboratoires. Des détails sur la réalisation de la méta-analyse et les références de l'ensemble des études sont présentées dans le rapport de la HAS « L'hormone de croissance chez l'enfant non déficitaire » (consultable sur <http://www.has-sante.fr>).

6.1.1. Syndrome de Turner

- Méta-analyse des essais cliniques

Dans le syndrome de Turner, la méta-analyse sollicitée par la HAS a permis d'identifier 11 essais randomisés représentant 12 comparaisons et regroupant 781 patients. Les comparaisons réalisées ont été :

- l'hormone de croissance (GH) versus absence de traitement,
- GH versus placebo,

¹ En novembre 2010, les résultats de l'étude « Santé Adulte GH Enfant » (SAGHE) sur l'évaluation de la mortalité et de la morbidité à long terme des enfants exposés à l'hormone de croissance ont été présentés. Il s'agit de données non publiées rendues publiques par l'Afssaps sous forme d'une communication orale suivie d'une conférence de presse organisée par l'Afssaps en décembre 2010, d'une évaluation du rapport bénéfice/risque menée par l'EMA dont les premiers résultats ont été rendus publics en mai 2011, la réévaluation réalisée par la FDA ayant été rendue publique en avril 2011.

- un schéma « dose fixe » versus « dose croissante »,
- « 3 injections par semaine » versus « 6 injections par semaine »,
- « 1 injection/jour » versus « 2 injections/jour »,
- « dose croissante » versus « dose fixe ».

L'effectif moyen est de 65 patients par groupe (entre 9 et 78 par groupe). La première étude a été publiée en 1989, et la dernière en 2007. Un seul essai est en double aveugle et 11 sont sans insu. Tous les essais inclus sont rapportés en anglais. En plus de ces essais inclus, 33 essais ont été exclus. Aucun essai non publié n'a été trouvé. Aucun essai en cours n'a été identifié par la recherche dans les registres et les autres sources.

Les données des essais inclus concernaient les critères suivants :

- changement de taille SDS (6 essais),
- vitesse de croissance (1 an) (5 essais),
- taille définitive (cm) (4 essais),
- taille définitive SDS (3 essais),
- changement de taille (cm) (3 essais) »,
- taille en fin d'essai (cm) (2 essais),
- changement de vitesse de croissance SDS (2 essais),
- vitesse de croissance SDS (2 essais),
- taille en fin d'essai SDS (2 essais),
- changement de vitesse de croissance (cm/an) (1 essai).

Dans la comparaison GH versus absence de traitement, la GH est supérieure à l'absence de traitement en termes de :

- taille définitive en SDS : WMD²=1,15, IC 95 % entre 0,73 et 1,57, p< 0,0001, 1 essai,
- taille définitive (cm) : WMD=6,50, IC 95 % entre 4,28 et 8,72, p< 0,0001, 1 essai,
- taille en fin d'essai (cm) : WMD=6,85, IC 95 % entre 5,00 et 8,69, p< 0,0001, 2 essais,
- taille en fin d'essai SDS : WMD=1,82, IC 95 % entre 1,30 et 2,34, p< 0,0001, 1 essai,
- changement de taille (cm) : WMD=7,34, IC 95 % entre 6,00 et 8,68, p< 0,0001, 2 essais,
- changement de taille en SDS : WMD=1,41, IC 95 % entre 1,26 et 1,57, p< 0,0001, 2 essais,
- vitesse de croissance (1 an) : WMD=3,11, IC 95 % entre 2,48 et 3,73, p< 0,0001, 2 essais,
- vitesse de croissance en SDS : WMD=3,20, IC 95 % entre 2,47 et 3,93, p< 0,0001, 1 essai.

Dans la comparaison GH versus placebo, la GH est supérieure au placebo en termes de vitesse de croissance (1 an) : WMD=2,60, IC 95 % entre 2,14 et 3,06, p<0,0001, 1 essai).

Dans la comparaison « dose fixe » versus « dose croissante », aucune différence significative n'a été trouvée pour le critère taille en fin d'essai SDS (WMD=0,16, IC 95 % entre -0,19 et 0,51, p=0,3698, 1 essai).

Toutefois, « dose fixe » est supérieur à « dose croissante » en termes de :

- vitesse de croissance (1 an) : WMD=1,26, IC 95 % entre 0,80 et 1,72, p<0,0001, 1 essai,
- vitesse de croissance SDS : WMD=1,09, IC 95 % entre 0,61 et 1,57, p<0,0001, 1 essai.

Dans la comparaison « 3 injections par semaine » versus « 6 injections par semaine », « 3 injections par semaine » est inférieur à « 6 injections par semaine » en termes de :

- changement de taille (cm) : WMD=-2,70, IC 95 % entre -4,66 et -0,74, p=0,0069, 1 essai et,
- changement de taille SDS : WMD=-0,30, IC 95 % entre -0,52 et -0,08, p=0,0082, 1 essai.

² WMD : *weighted mean difference*, i.e. différence des moyennes pondérées.

Dans la comparaison « 1 injection/jour » versus « 2 injections/jour », aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre « 1 injection/jour » et « 2 injections/jour » en termes de :

- taille définitive (cm) : WMD=-2,20, IC 95 % entre -7,06 et 2,66, p=0,3746, 1 essai,
- changement de taille SDS : WMD=0,30, IC 95 % entre -0,24 et 0,84, p=0,2765, 1 essai,
- vitesse de croissance (1 an) : WMD=0,80, IC 95 % entre -0,15 et 1,75, p=0,0979, 1 essai,
- changement de vitesse de croissance (cm/an) : WMD=0,80, IC 95 % entre -0,13 et 1,73, p=0,091, 1 essai.

Dans la comparaison « dose croissante » versus « dose fixe », « dose croissante » est supérieur à « dose fixe » en termes de :

- taille définitive SDS : WMD=0,95, IC 95 % entre 0,51 et 1,39, p<0,0001, 2 essais,
- taille définitive (cm) : WMD=5,50, IC 95 % entre 2,73 et 8,28, p<0,0001, 2 essais,
- changement de taille SDS : WMD=0,53, IC 95 % entre 0,30 et 0,75, p<0,0001, 2 essais et,
- changement de vitesse de croissance SDS : WMD=0,93, IC 95 % entre 0,50 et 1,37, p<0,0001, 2 essais.

- Etudes observationnelles

Dans les études de cohorte retrouvées par la HAS dans le syndrome de Turner, on observe que les traitements par hormone de croissance permettraient à ces femmes d'augmenter leur taille adulte d'environ 6 ou 7 cm par rapport à la taille adulte projetée. D'après ces études, elles pourraient atteindre une taille d'environ 150 cm (variable selon les pays). Cette augmentation de taille varie cependant de 3 à 17 cm selon les cohortes. Mais, bien que les femmes traitées soient plus grandes que les femmes non traitées, leur taille reste inférieure à la normale (< -2 SDS). Bien que les résultats de ces études ne permettent pas de démontrer l'efficacité de l'hormone de croissance sur la taille adulte, ils sont toutefois compatibles avec le gain de taille adulte retrouvée dans la méta-analyse.

6.2. Pertinence clinique de la quantité d'effet observée dans les études

Chez l'adulte, 1 déviation standard (DS) sur la taille représente 5,6 cm (sexe féminin) et 6 cm (sexe masculin).

L'effet de l'hormone de croissance sur la taille finale a été évalué à +1,15 DS dans le syndrome de Turner. Dans cette indication, la taille finale des patients demeure dans les limites inférieures de la zone de normalité.

En l'absence de traitement, la littérature épidémiologique indique que la taille adulte moyenne dans le syndrome de Turner est de 1m43.

Par ailleurs, les bénéfices des traitements sont appréciés au regard des cm gagnés sur la taille adulte et ce quelle que soit la taille atteinte. Or, il semble raisonnable de penser que l'appréciation des gains est différente en fonction de la taille adulte : la valeur d'un gain de 1 cm pouvant être plus importante chez les individus de petite taille que chez ceux ayant atteint une taille moyenne ou de grande taille. La non prise en compte de la valeur relative des gains sur la taille adulte est de nature à sous-estimer le bénéfice des traitements pour les patients.

De même, on peut penser qu'un gain de taille sur la taille adulte acquis pendant l'enfance continue de bénéficier au patient toute sa vie et non uniquement au moment où celui-ci atteint sa taille adulte. La non prise en compte de ce bénéfice au long cours pourrait être de nature à sous-estimer le bénéfice des traitements tel que ressenti par le patient tout au long de sa vie.

6.3. Tolérance à long terme

- Epiphysiolyse

En cours de traitement, l'hormone de croissance peut entraîner des risques rares mais sévères. Des épiphysiolyse de la tête fémorale ont été décrites dans toutes les indications, mais plus particulièrement dans le déficit en hormone de croissance. Elles peuvent être responsables d'une immobilisation prolongée et de séquelles.

- Risque de diabète

Un risque de survenue d'un diabète à long terme à distance de l'arrêt du traitement est suspecté en raison des troubles métaboliques (hyperinsulinisme fréquent, parfois hyperglycémies) survenus sous traitement et réversibles à l'arrêt du traitement. Cependant, aucune étude ne permet d'écarter ni de confirmer un effet de l'hormone de croissance.

- Risque de cancer

Concernant le risque de cancer, si les données publiées disponibles ne permettent pas de conclure formellement à un sur-risque de décès et/ou de survenue d'un cancer lié à l'hormone de croissance chez les enfants non déficitaires par rapport à la population générale, elles ne permettent cependant pas de l'écarter³.

- Risque de décès

En novembre 2010, les résultats de l'étude SAGHE française¹ sur l'évaluation de la mortalité et de la morbidité à long terme des enfants exposés à l'hormone de croissance ont été présentés. Il s'agit de données non publiées rendues publiques par l'Afssaps en décembre 2010. La présentation de cette étude a donné lieu à la réévaluation par l'EMA en mai 2011 et par la FDA, en avril 2011 du rapport bénéfice/risque de l'hormone de croissance, lequel a été confirmé favorable.

Il s'agit d'une étude observationnelle non publiée, menée sur la base du registre de France-Hypophyse, qui contient les données de plus de 10 000 jeunes adultes dont le traitement par hormone de croissance recombinante a été instauré pendant leur enfance entre 1985 et 1996.

L'analyse menée chez les patients ayant un retard de croissance lié à un déficit isolé en hormone de croissance (environ 75% des patients) ou une petite taille de cause inexpliquée (avec ou sans retard de croissance prénatal) correspondant à près de 7 000 patients du registre, a montré un excès de risque de mortalité toutes causes confondues de 93 décès versus 70 attendus dans une population de référence en France.

Ce risque est en particulier augmenté chez les patients ayant reçu de fortes doses, au delà de celles recommandées dans les AMM actuelles. Les données ne montrent pas d'augmentation de la mortalité globale par cancer (tous cancers confondus). Elles suggèrent cependant une surmortalité liée à la survenue de complications vasculaires cérébrales (telles que des hémorragies intra-cérébrales) et de tumeurs osseuses.

Le caractère observationnel de ces résultats ne permet pas d'établir avec certitude une relation de causalité avec le traitement par hormone de croissance,

La mortalité dans le groupe de patients avec une insuffisance rénale, un syndrome de Turner, un syndrome de Prader-Willi ou un déficit en GH secondaire à une tumeur n'a pas été l'objet de cette analyse.

Si ces résultats constituent un signal, ils ne permettent pas, de par le schéma et la nature de l'étude, d'établir une relation de causalité entre la mortalité et le traitement par GH. D'autres facteurs, sont susceptibles d'avoir un lien avec la surmortalité observée dans la population étudiée.

³ Une étude, portant sur des patients majoritairement déficitaires, traités par hormone de croissance extractive, conclut à un risque 15 fois plus élevé de cancer colorectal et de maladie de Hodgkin chez des patients n'ayant pas d'antécédents de cancer ou de facteurs de risque de cancer identifiés, par rapport à la population générale du même âge.

Considérant les résultats de l'étude SAGHE française, l'EMA et la FDA ont conclu que le rapport bénéfice/risque restait favorable, qu'il était nécessaire de respecter strictement les indications, de ne pas dépasser les doses recommandées par l'AMM et d'attendre, avant de conclure définitivement, les résultats de l'étude SAGHE européenne.

- Risques spécifiques dans chacune des indications chez l'enfant non déficitaire

Syndrome de Turner

Une augmentation de fréquence des otites sous traitement par GH a été relevée dans deux essais cliniques sur trois. Les autres événements observés (scoliose, dysthyroïdie, intolérance au glucose, dissection aortique, péricardite, insuffisance cardiaque, HTA, lymphoedème, anomalie thyroïdienne,...) sont ceux de l'évolution naturelle de la maladie sans que l'impact de l'effet de la GH ait été spécifiquement isolé. Cependant une majoration de ces événements par la GH ne peut être exclue.

6.4. La petite taille est-elle une pathologie ?

Le caractère pathologique de la petite taille dépend du cadre théorique de référence dans lequel on se place.

Selon un premier cadre de référence, la pathologie est conçue comme un état dans lequel le fonctionnement organique ou mental est perturbé. La petite taille (en l'absence de déficit en hormone de croissance) ne peut donc pas constituer une pathologie dans la mesure où aucun dysfonctionnement n'est identifié. Néanmoins, on peut noter qu'une association entre la taille et un nombre important d'affections médicales existe mais que la nature de ces associations et les mécanismes qui les sous-tendent sont mal connus.

Selon un deuxième cadre, la pathologie est définie comme un processus physique ou mental qui tend à affecter la santé de l'individu entendue comme sa capacité à agir et à se réaliser dans son environnement. De ce point de vue, la petite taille pourrait être considérée comme pathologique dès lors qu'elle affecte l'individu au point de le perturber dans son développement au sens global, en termes physique, psychologique et social.

Dans la littérature il n'a pas été identifié de donnée montrant une différence au plan psychologique et d'adaptation sociale entre des enfants petits et des enfants de taille normale du même âge en population générale même si les enfants petits adressés en consultations spécialisées pour ce motif (et le cas échéant traités) peuvent être affectés au plan psychologique et social de façon marquée par les conséquences de leur petite taille (comparativement aux enfants petits non adressés et/ou non pris en charge). Par ailleurs, la qualité de vie des enfants petits demeure supérieure à celle d'enfants souffrant d'autres conditions (pathologies chroniques par exemple) et si l'estime de soi est le domaine de la qualité de vie le plus affecté (en particulier à l'adolescence), il est difficile de conclure quant à l'ampleur de l'impact de la petite taille sur la qualité de vie des enfants petits. Ainsi, dans 2ème cadre, il semble que la petite taille ne revête pas systématiquement un caractère pathologique pour tous les enfants mais qu'elle est susceptible de le devenir au plan individuel dès lors que le retentissement est marqué.

On s'interroge également sur la nécessité d'apprécier le caractère pathologique de la petite taille en tant que telle ou si celui-ci varie en fonction des caractéristiques individuelles du patient. La petite taille peut-elle être considérée comme pathologique au motif que le patient souffre parallèlement d'une maladie bien identifiée et dont l'étiologie est connue (Syndrome de Turner, syndrome de Prader Willi, insuffisance rénale chronique), qu'il présente une anomalie génétique pouvant être associée à une petite taille, mais dont la signification clinique et l'histoire naturelle sont mal connues (déficit en gène SHOX), ou encore qu'il réponde à une définition qui n'est que descriptive (être né petit pour l'âge gestationnel) ? Le cas échéant, la petite taille pourrait être considérée comme pathologique chez certains patients et comme non-pathologique chez d'autres qui ne présentent pas les mêmes

caractéristiques individuelles, et ce, indépendamment de leur taille et de son retentissement sur leur qualité de vie et leur bien-être.

6.5. Conclusion

Les résultats de la méta-analyse sur la taille finale montre :

- dans le syndrome de Turner, un gain de taille versus l'absence de traitement de +1,15 SDS [0,73 ; 1,57], soit de l'ordre de + 6,5 cm.

Les résultats des études observationnelles disponibles vont dans le même sens.

En termes de tolérance, il existe un signal concernant un risque de surmortalité lié à l'hormone de croissance, un effet-dose est suspecté, mais des études complémentaires restent nécessaires avant de pouvoir conclure formellement.

La Commission souhaite que le bon usage des hormones de croissance soit rappelé :

- la limitation des prescriptions aux strictes indications de l'AMM,
- le respect des posologies,
- l'arrêt après 1 an du traitement chez les non répondeurs (vitesse de croissance <1 DS ou < 2 cm/an). Le traitement par hormone de croissance doit être réévalué de manière systématique après 1 à 2 ans de traitement, lorsque le recul sur l'évolution de la croissance est suffisant.
- la plus grande prudence reste de mise quant à la décision d'instauration et au suivi du traitement par GH.

7 CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

7.1. Réévaluation du service médical rendu

Retard de croissance lié à un syndrome de Turner :

Le syndrome de Turner d'origine génétique est une maladie rare qui s'accompagne d'une petite taille, de dysmorphies, de trouble du développement pubertaire et de la fertilité, de malformations de certains organes (cœur, vaisseaux, rein en particulier) et d'une augmentation de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Cette spécialité entre dans le cadre d'un traitement curatif de la petite taille, intégré à une prise en charge globale de la maladie.

L'efficacité sur la taille adulte de l'hormone de croissance dans le syndrome de Turner a été démontrée dans une étude et confirmé dans d'autres études sur les autres paramètres de taille. Le gain de taille est modeste. Les études observationnelles confirment l'efficacité observée dans les essais cliniques.

Il existe un signal de tolérance faisant suspecter une surmortalité chez les adultes ayant utilisés l'hormone de croissance dans leur enfance. Des études complémentaires sont nécessaires pour conclure.

Le rapport efficacité/effets indésirables de cette spécialité dans cette indication est modeste.

Il n'existe pas d'alternative médicamenteuse à la somatropine ayant un effet sur la taille.

Intérêt de santé publique :

Le retard de croissance chez l'enfant lié à un syndrome de Turner constitue un fardeau faible en termes de santé publique du fait du nombre restreint de patients concernés.

Cette pathologie entrant dans le champ des maladies rares, sa prise en charge constitue un besoin de santé publique (Deuxième Plan National Maladies Rares 2010-2014).

Cette pathologie nécessite une prise en charge globale, multidisciplinaire, dont le traitement par hormone de croissance n'en constitue qu'un des aspects.

Au vu des données disponibles, l'impact du traitement par hormone de croissance sur la taille finale des enfants est au mieux modéré. Sur le plan psychologique et social et sur la qualité de vie, cet impact n'a pas été établi.

Par ailleurs, un impact négatif ne peut être écarté en particulier du fait des interrogations portant sur le risque à long terme de survenue de cancer, de diabète et de pathologies cardiovasculaires.

De plus, la transposabilité des données des essais n'est pas assurée, notamment du fait des problèmes d'observance liés à la nécessité d'injections quotidiennes sur une longue durée.

En conséquence, l'hormone de croissance ne présente pas d'intérêt de santé publique dans le traitement du retard de croissance chez les filles atteintes de syndrome de Turner confirmée par analyse chromosomique.

Prenant en compte l'ensemble des données étudiées le service médical rendu par ZOMACTON dans le syndrome de Turner est **important**.

7.2. Amélioration du service médical rendu

ZOMACTON apporte une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV) dans la prise en charge du syndrome de Turner.

7.3. Population cible

Estimations de la taille de la population cible prévalente théorique maximale

Syndrome de Turner	1 660
--------------------	-------

7.4. Recommandations de la commission de la transparence

Avis favorable au maintien de l'inscription de ZOMACTON sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des médicaments agréés aux collectivités dans le syndrome de Turner.

7.4.1. Conditionnement : ils sont adaptés aux conditions de prescriptions de l'AMM

7.4.2. Taux de remboursement : 65 %