

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

#### Arrêté du 30 octobre 2015 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux

NOR : AFSS1524783A

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-17 et R. 163-2 à R. 163-14 ;

Vu l'arrêté du 26 juin 2006 pris pour l'application des articles R. 163-2 et R. 165-1 du code de la sécurité sociale et relatif aux spécialités remboursables et aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dudit code ;

Vu l'arrêté du 9 décembre 2013 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;

Vu l'avis de la Commission de la transparence,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La fiche d'information thérapeutique relative à NUTROPINAQ qui figurait en annexe II de l'arrêté du 9 décembre 2013 susvisé est supprimée et remplacée par l'annexe jointe au présent arrêté.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 octobre 2015.

*La ministre des affaires sociales,  
de la santé  
et des droits des femmes,*  
Pour la ministre et par délégation :

*La sous-directrice de la politique  
des produits de santé et de la qualité  
des pratiques et des soins,*  
C. CHOMA

*Le sous-directeur  
du financement  
du système de soins,*  
T. WANECQ

*Le ministre des finances  
et des comptes publics,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*Le sous-directeur  
du financement  
du système de soins,*  
T. WANECQ

## A N N E X E

## FICHE D'INFORMATION THÉRAPEUTIQUE

NUTROPINAQ (somatropine)  
(Laboratoire IPSEN PHARMA)

*Médicament d'exception*

Ce médicament est un médicament d'exception car il est particulièrement coûteux et d'indications précises (cf. art. R. 163-2 du code de la sécurité sociale).

Pour ouvrir droit à remboursement, la prescription doit être effectuée sur une ordonnance de médicament d'exception ([www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/formulaires/S3326.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3326.pdf)) sur laquelle le prescripteur s'engage à respecter les seules indications mentionnées dans la présente fiche d'information thérapeutique qui peuvent être plus restrictives que celles de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

**1. Indications remboursables (\*)***Chez l'enfant :*

- traitement à long terme des enfants présentant un retard de croissance lié à une sécrétion insuffisante d'hormone de croissance endogène ;
- traitement à long terme du retard de croissance associé au syndrome de Turner chez les filles à partir de 2 ans ;
- traitement des enfants prépubères présentant un retard de croissance associé à une insuffisance rénale chronique jusqu'au moment de la transplantation rénale.

*Chez l'adulte :*

- traitement substitutif de l'hormone de croissance endogène chez des adultes ayant un déficit en hormone de croissance acquis pendant l'enfance ou à l'âge adulte. La carence en hormone de croissance doit être confirmée convenablement avant de commencer le traitement.

**2. Conditions de prescription et de délivrance (\*\*)**

## 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.

**3. Modalités d'utilisation (\*\*)**

Voir RCP (Voir RCP (<http://www.ema.europa.eu/>)).

Date de l'AMM : 16 février 2001.

**4. Stratégie thérapeutique (\*)***Déficit en hormone de croissance (GH) de l'enfant :*

Trois conditions sont nécessaires pour la prescription de la somatropine (rhGH) :

- un diagnostic de déficit en GH dûment prouvé par des explorations appropriées ;
- une taille  $\leq -2$  DS selon les données de référence françaises ;
- une vitesse de croissance au cours de l'année écoulée inférieure à la normale pour l'âge ( $-1$  DS) ou  $< 4$  cm/an.

La recherche d'une cause organique au déficit (IRM ou scanner hypophysaire) et d'éventuels déficits hypophysaires associés est une étape importante de la prise en charge initiale du patient.

*Suivi du traitement :*

Il existe des patients non-répondeurs, mais seul le suivi permet de les repérer (aucun facteur prédictif).

Les enfants traités par rhGH seront vus en consultation tous les trois mois pour évaluer cliniquement l'efficacité de la rhGH et les éventuels effets indésirables (hypertension intracrânienne bénigne, épiphysiolyse en particulier). Une fois par an le spécialiste devra réévaluer l'intérêt de la poursuite du traitement.

Chez les patients ayant un panhypopituitarisme, l'équilibre des traitements substitutifs associés devra être contrôlé régulièrement.

Le gain de croissance après la première année de traitement doit avoir été d'au moins 2 cm par rapport à l'année précédant la mise sous traitement pour conclure à l'efficacité. Les années suivantes, la vitesse de croissance doit être au moins égale à la moyenne pour l'âge chronologique et/ou pour l'âge osseux et meilleure qu'avant traitement.

Le traitement devra être interrompu définitivement :

- en cas d'apparition ou évolution d'un processus tumoral ;
- en cas d'inefficacité du traitement : vitesse de croissance sous traitement inférieure à 3 cm/an quel que soit l'âge, après la première année ;
- à la soudure des épiphyses, constatée sur les radiographies.

Lorsque le déficit somatotrope est secondaire à une lésion intracrânienne, des explorations devront être réalisées régulièrement en collaboration avec les oncologues ou les neurochirurgiens afin de dépister une éventuelle progression ou rechute.

*Retard de croissance associé à un syndrome de Turner :*

Pour instaurer le traitement par rhGH, le diagnostic de syndrome de Turner doit être confirmé par un caryotype et associé à une taille  $\leq -2$  DS.

Il n'y a pas de limite inférieure d'âge de mise sous traitement mais la limite supérieure est un âge osseux de 12 ans.

Le traitement par rhGH doit s'inscrire dans une prise en charge plus globale du syndrome de Turner comprenant la prise en charge des autres aspects de la maladie : insuffisance ovarienne, problèmes ORL, psychomotricité, vision dans l'espace, malformations cardiaques, etc.

Le traitement hormonal d'induction de la puberté doit être prescrit à l'âge théorique du déclenchement de la puberté.

Une fois par an, le spécialiste devra réévaluer l'intérêt du traitement par rhGH.

Après la première année, le traitement par rhGH est poursuivi si le gain de croissance est d'au moins 2 cm par rapport à l'année précédente.

Le traitement sera arrêté définitivement :

- en cas d'inefficacité du traitement : vitesse de croissance sous traitement inférieure à 3 cm/an quel que soit l'âge, après la première année de traitement ;
- ou à la soudure des épiphyses, constatée sur les radiographies ;
- en cas d'apparition d'un processus tumoral.

*Retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique :*

Alors que l'insuffisance rénale entraîne un ralentissement de la croissance, le traitement par rhGH permet une reprise de la croissance et semble présenter un intérêt en termes de préparation à la greffe en accélérant la prise de poids.

Afin de confirmer le retard de croissance et objectiver le ralentissement de la vitesse de croissance, il faut disposer de mesures régulières de la taille au cours des deux dernières années préalablement à l'instauration du traitement.

Le traitement symptomatique de l'insuffisance rénale chronique (correction de la déshydratation, de l'acidose et de l'anémie, prévention de l'ostéodystrophie rénale et optimisation des apports nutritionnels) devra avoir été instauré au moins un an avant l'instauration du traitement par rhGH et sera maintenu pendant toute la durée du traitement. Ces facteurs peuvent ralentir la croissance.

Les critères d'instauration du traitement par la rhGH qui doivent tous être réunis, sont :

- taille  $\leq -2$  DS ou ralentissement de la vitesse de croissance  $< 2$  cm/an sur les deux dernières années ;
- âge chronologique  $> 2$  ans ;
- débit de filtration glomérulaire  $< 60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> ;
- signes pubertaires absents ou minimes ;
- âge osseux  $< 11$  ans chez la fille et  $< 13$  ans chez le garçon ;
- traitement symptomatique de l'IRC depuis au moins un an ;
- absence de maladie maligne active.

Le gain de croissance après la première année de traitement par rhGH doit avoir été d'au moins 2 cm par rapport à l'année précédant son instauration. Les années suivantes, la vitesse de croissance doit être au moins égale à la moyenne pour l'âge et supérieure à celle objectivée avant traitement. La posologie initiale pourra être augmentée si nécessaire dans les limites de celles préconisées par l'AMM.

Le traitement sera arrêté définitivement en cas de :

- apparition ou évolution d'un processus tumoral ;
- vitesse de croissance sous traitement inférieure à 3 cm/an, quel que soit l'âge ;
- soudure des épiphyses sur les radiographies ;
- transplantation rénale.

*Déficit sévère en GH de l'adulte :*

La recherche d'un déficit en GH de l'adulte ne doit être réalisée que chez les patients avec une pathologie évoquant un déficit somatotrope et ayant obligatoirement :

- soit une pathologie hypothalamo-hypophysaire opérée ou non ;

- soit subi un traumatisme crânien ;
- soit subi une radiothérapie cérébrale ;
- soit eu un déficit somatotrope dans l'enfance.

Il n'y a pas de donnée pour justifier l'instauration d'un traitement par rhGH chez l'adulte de plus de 60 ans.

Le test d'hypoglycémie insulinique et le test de GHRH-arginine sont les tests dynamiques de choix, sachant que ce dernier est moins fiable chez les patients avec un déficit suspecté d'origine hypothalamique. Le test de stimulation au glucagon peut être utilisé en deuxième intention.

Les tests dynamiques chez les patients obèses ou de plus de 50 ans sont en général moins fiables, étant particulièrement susceptibles aux faux positifs. De ce fait, l'utilisation de valeurs seuil adaptés à l'IMC et à l'âge est nécessaire pour établir le diagnostic. La réalisation d'un deuxième test dynamique ou la détection d'un taux d'IGF-1 faible pour l'âge et le sexe augmentent la certitude du diagnostic chez ces patients.

Chez les patients avec un antécédent de déficit somatotrope sévère débuté dans l'enfance suite à des lésions structurelles ou à des anomalies génétiques prouvées, deux épreuves dynamiques sont nécessaires. Néanmoins, la détection d'un taux faible d'IGF-1 (<2SDS) pour l'âge et le sexe au moins quatre semaines après l'arrêt du traitement par hormone de croissance, peut être une condition suffisante pour établir le diagnostic d'un déficit somatotrope sévère chez ces patients.

La présence simultanée d'un déficit dans au moins trois axes pituitaires peut être à elle seule une preuve suffisante du diagnostic.

Le traitement substitutif des autres déficits hormonaux devra être adapté et stable depuis trois mois avant de rechercher puis de traiter un déficit somatotrope.

Le traitement par rhGH est justifié seulement si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- les résultats des tests biologiques appropriés (ci-dessus) sont en dessous des seuils validés pour établir un diagnostic de déficit somatotrope sévère ;
- le patient a une détérioration marquée de la qualité de vie (fatigabilité, difficulté à l'effort) ainsi qu'une modification de la composition corporelle (adiposité abdominale avec augmentation du rapport taille/hanches) ;
- si le déficit somatotrope a débuté à l'âge adulte, il doit être associé à au moins un autre déficit hormonal dûment diagnostiqué (hormis l'hypoprolactinémie).

L'objectif du traitement est d'obtenir un bénéfice maximal en limitant les effets indésirables. Il est recommandé d'instaurer le traitement par des posologies faibles de l'ordre de 0,15 à 0,30 mg/j.

L'objectif du traitement est d'obtenir une concentration d'insuline-like growth factor I (IGF1) normale pour le sexe et l'âge.

Au début du traitement, les patients doivent être évalués tous les un à deux mois ; la dose de rhGH doit être adaptée en fonction de la tolérance clinique et des concentrations d'IGF-1. La dose minimale efficace devra être utilisée. L'instauration du traitement avec des doses faibles associées à l'augmentation progressive tous les un à deux mois permet de réduire la survenue d'effets indésirables.

En fonction des résultats et de la tolérance, la posologie pourra être augmentée en l'espace de trois à six mois sans dépasser les doses maximales préconisées par l'AMM.

Les patients doivent être informés des effets indésirables (cf. RCP). En cas d'effets indésirables persistants, les posologies doivent d'abord être diminuées, puis l'arrêt du traitement devra être discuté.

La somatotropine est contre indiquée en cas de processus tumoral évolutif.

Dans le cas d'un antécédent tumoral, en l'absence de diagnostic précis sur la pathologie tumorale ou si la tumeur est cliniquement connue pour récidiver fréquemment, il est déconseillé d'instaurer le traitement par la rhGH.

Dans les autres cas d'antécédent tumoral et avant d'instaurer un traitement substitutif, il convient de s'assurer de la non-reprise du processus évolutif par une période de surveillance préalable à l'instauration du traitement, dont la durée est à déterminer avec les oncologues et/ou les neurochirurgiens et en faisant appel à l'imagerie (IRM).

Il est rappelé que l'administration de rhGH à des patients non-déficitaires (ou avec un diagnostic incertain) ou le non-respect de la posologie et la surveillance du taux d'IGF-1, peuvent être associés à une iatrogénie importante, les niveaux supra-physiologiques de GH pouvant être associées notamment à l'apparition d'un diabète ou des troubles cardiaques. Le profil de tolérance de la somatotropine dans ces situations reste largement méconnu.

Suivi du traitement :

Il n'existe toujours pas de critère validé pour évaluer l'efficacité de la rhGH chez l'adulte. L'amélioration est essentiellement subjective (amélioration de la qualité de vie, diminution de la fatigabilité...).

Les patients traités par la GH doivent cependant être régulièrement suivis avec recueil tous les un à deux mois du poids, de la circonférence-taille/hanche, de la pression artérielle jusqu'à ce que les doses optimales de rhGH soient stabilisées. A partir de ce moment, les visites peuvent être semestrielles.

Les fonctions surrénalienne et thyroïdienne doivent être surveillées pendant le traitement.

Chez les patients diabétiques il n'est pas exclu un effet sur la tolérance au glucose et une surveillance de l'efficacité des traitements normo-glycémiant doit être de mise.

Une appréciation de la qualité de vie ainsi que des paramètres de composition corporelle, en les comparant aux données de l'examen avant traitement, permet de décider de la poursuite du traitement.

Lorsqu'il est décidé de traiter par GH un déficit secondaire à une lésion intracrânienne, les patients devront être suivis régulièrement afin de dépister une éventuelle progression ou une récurrence. Toute récurrence ou progression de la tumeur implique l'arrêt du traitement.

L'observance et les résultats du traitement substitutif des déficits antéhypophysaires associés doivent être vérifiés au moins une fois par an et seront également pris en compte pour évaluer l'intérêt de poursuivre le traitement.

### 5. SMR/ASMR (\*)

La Commission de la transparence a renouvelé l'inscription de NUTROPINAQ le 7 janvier 2015. Elle s'est prononcée de la façon suivante :

Service médical rendu (SMR) :

- le service médical rendu par les spécialités NUTROPINAQ chez les enfants ayant un déficit en GH est important ;
- le service médical rendu par les spécialités NUTROPINAQ chez les adultes ayant un déficit en GH est modéré ;
- le service médical rendu par les spécialités NUTROPINAQ chez les enfants ayant un syndrome de Turner ou une insuffisance rénale chronique est important.

Amélioration du service médical rendu (ASMR) :

NUTROPINAQ apporte une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV) dans la prise en charge du syndrome de Turner, de l'insuffisance rénale chronique (7 décembre 2011).

Auparavant, la commission de la transparence s'était prononcée dans les indications :

« NUTROPINAQ n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) par rapport aux autres hormones de croissance déjà sur le marché, en termes d'efficacité ou de tolérance (15 septembre 2004). »

### 6. Prix et remboursement des présentations disponibles

Coût de traitement :

CODE CIP	PRÉSENTATION	PPTTC en €
34009 364 062 2 3	NUTROPINAQ 10 mg/2 ml (somatropine), solution injectable en cartouche (B/1)	309,36
34009 274 192 4 9	NUTROPINAQ 10 mg/2 ml (somatropine), solution injectable en cartouche (B/3)	889,91

Taux de remboursement : 100 %.

Ce taux ne tient pas compte des exonérations liées aux conditions particulières de prise en charge de l'assuré (ALD, invalidité...).

(\*) Cf. avis de la CT du 7 janvier 2015, consultable sur le site de la HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_5267/actes-medicaments-dispositifs-medicaux?cid=c\\_5267?](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5267/actes-medicaments-dispositifs-medicaux?cid=c_5267?)

(\*\*) Cf. RCP : [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/epar\\_search.jsp&mid=WC0-b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/epar_search.jsp&mid=WC0-b01ac058001d124)

consultables sur la base de données publique des médicaments : <http://www.medicaments.gouv.fr>.

Adresser toute remarque ou demande d'information complémentaire à la Haute Autorité de santé, DEMESP, 2, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex.