



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

AVIS

29 février 2012

Examen du dossier des spécialités inscrites pour une durée de 5 ans à compter du 14 juin 2006 (JO du 14 juin 2006).

ATIMOS 12 microgrammes, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Flacon de 100 doses (CIP : 369 514-9)

FORMOAIR 12 microgrammes, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Flacon de 100 doses (CIP : 369 512-6)

Laboratoire CHIESI SA

fumarate de formotérol

Code ATC : R03AC13 (ANTIASTHMATIQUE AGONISTES SELECTIFS BETA 2 ADRENERGIQUES)

Liste I

Date de l'AMM : 26/08/2005

Date des rectificatifs d'AMM : 01/10/2007 (extension d'indication au traitement symptomatique de l'obstruction bronchique au cours de la bronchopneumopathie chronique obstructive)

Motif de la demande : Renouvellement d'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux

Indications thérapeutiques :

« Traitement symptomatique continu de l'asthme persistant, modéré à sévère, chez les patients nécessitant la prise quotidienne de bronchodilatateurs ; en association avec un traitement anti-inflammatoire continu (glucocorticoïde inhalés et/ou oraux). La corticothérapie associée devra être maintenue en prises régulières.

Traitement symptomatique de l'obstruction bronchique au cours de la bronchopneumopathie chronique obstructive. »

Posologie : cf RCP

Données d'utilisation :

Selon les données IMS (cumul mobile annuel novembre 2011) :

FORMOAIR 12 µg/dose a fait l'objet de 43.000 prescriptions. Cette spécialité est trop peu prescrite pour faire l'analyse qualitative des données.

ATIMOS 12 µg/dose est commercialisé depuis le 9 mai 2011.

Analyse des données disponibles :

Dans l'asthme, de nouvelles données cliniques d'efficacité¹⁻⁸ et de tolérance⁹⁻¹⁵ issues de la littérature sont disponibles. Ces données confirment l'efficacité du formotérol et son intérêt dans le traitement de fond de l'asthme persistant modéré à sévère en association avec les corticoïdes inhalés par rapport aux corticoïdes inhalés seuls. Elles ont montré que l'association aux corticoïdes inhalés permettait de réduire le risque de mortalité observé avec les bêta-2 agonistes de longue durée d'action utilisés en monothérapie.

Dans la BPCO, de nouvelles données d'efficacité¹⁶⁻¹⁸ et de tolérance¹⁹ issues de la littérature sont disponibles. Ces données ne modifient pas le profil d'efficacité et de tolérance connu du formotérol dans cette indication, notamment pour ce qui est de la tolérance cardiovasculaire, similaire à celle des autres bronchodilatateurs de longue durée d'action.

Des données de pharmacovigilance ont été fournies (PSUR couvrant la période du 25 novembre 2009 au 15 octobre 2010).

Les données acquises de la science sur l'asthme et la BPCO et leurs modalités de prise en charge ont également été prises en compte^{20, 21}.

Au total, ces données ne donnent pas lieu à modification de l'évaluation du service médical rendu par rapport à l'avis précédent de la Commission de la transparence.

Réévaluation du service médical rendu :

▪ ASTHME

L'asthme se caractérise par une évolution vers un handicap et une dégradation de la qualité de vie. Il peut exceptionnellement engager le pronostic vital.

Ces spécialités entrent dans le cadre du traitement symptomatique de l'obstruction bronchique chez les patients asthmatiques.

Le rapport efficacité/effets indésirables du formotérol en association avec un corticoïde inhalé, dans cette indication, est important.

Le formotérol est un traitement bronchodilatateur continu des patients atteints d'asthme modéré à sévère lorsque la corticothérapie inhalée à dose optimale ne permet pas d'obtenir un contrôle acceptable de l'asthme et ce malgré la prise répétée de bêta-2 agonistes de courte durée d'action. Le formotérol est un traitement de seconde intention qui doit toujours être utilisé en association à un corticoïde inhalé.

Il existe des alternatives médicamenteuses.

Le service médical rendu par ATIMOS 12 µg/dose et FORMOAIR 12 µg/dose, solutions pour inhalation en flacon pressurisé, **reste important dans cette indication.**

▪ BPCO

La BPCO entraîne un handicap, une dégradation marquée de la qualité de vie et peut engager le pronostic vital.

Le rapport efficacité/effets indésirables du formotérol est moyen.

Ces spécialités entrent dans le cadre d'un traitement symptomatique continu de la BPCO et n'ont pas d'impact sur le déclin à long terme de la fonction pulmonaire.

Ces spécialités sont des traitements de première intention chez les patients dont la gêne respiratoire est devenue permanente.

Le traitement par ces spécialités doit être poursuivi uniquement si le patient en ressent un bénéfice.

Il existe des alternatives médicamenteuses.

Le service médical rendu par ATIMOS 12 µg/dose et FORMOAIR 12 µg/dose, solutions pour inhalation en flacon pressurisé, **reste important dans cette indication.**

Recommandations de la Commission de la transparence :

Avis favorable au maintien de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux dans les indications et aux posologies de l'AMM.

Conditionnements : ils sont adaptés aux conditions de prescription

Taux de remboursement : 65 %

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Walters EH, Gibson PG, Lasserson TJ, Walters JA. Long-acting beta2-agonists for chronic asthma in adults and children where background therapy contains varied or no inhaled corticosteroid. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;(1):CD001385.
- 2 Ducharme FM, Ni Chroinin M, Greenstone I, Lasserson TJ. Addition of long-acting beta2-agonists to inhaled steroids versus higher dose inhaled steroids in adults and children with persistent asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Apr 14;(4):CD005533.
- 3 Ducharme FM, Ni Chroinin M, Greenstone I, Lasserson TJ. Addition of long-acting beta2-agonists to inhaled corticosteroids versus same dose inhaled corticosteroids for chronic asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 May 12;(5):CD005535.
- 4 Ducharme FM, Lasserson TJ, Cates CJ. Addition to inhaled corticosteroids of long-acting beta2-agonists versus anti-leukotrienes for chronic asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 May 11;(5):CD003137.
- 5 Tee AK, Koh MS, Gibson PG, Lasserson TJ, Wilson AJ, Irving LB. Long-acting beta2-agonists versus theophylline for maintenance treatment of asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD001281.
- 6 Welsh EJ, Cates CJ. Formoterol versus short-acting beta-agonists as relief medication for adults and children with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep 8;(9):CD008418.
- 7 O'Byrne PM, Naya IP, Kallen A, Postma DS, Barnes PJ. Increasing doses of inhaled corticosteroids compared to adding long-acting inhaled beta2-agonists in achieving asthma control. *Chest.* 2008 Dec;134(6):1192-9.
- 8 Frois C, Wu EQ, Ray S, Colice GL. Inhaled corticosteroids or long-acting beta-agonists alone or in fixed-dose combinations in asthma treatment: a systematic review of fluticasone/budesonide and formoterol/salmeterol. *Clin Ther.* 2009 Dec;31(12):2779-803.
- 9 Wolfe J, LaForce C, Friedman B, Sokol W, Till D, Cioppa GD, Van As A. Formoterol, 24 [mu]g bid, and Serious Asthma Exacerbations*: Similar Rates Compared With Formoterol, 12 [mu]g bid, With and Without Extra Doses Taken on Demand, and Placebo. *Chest.* 2006 Jan;129(1):27-38.
- 10 Sears MR, Ottosson A, Radner F, Suissa S. Long-acting beta-agonists: a review of formoterol safety data from asthma clinical trials. *Eur Respir J.* 2009 Jan;33(1):21-32.
- 11 Price JF, Radner F, Lenney W, Lindberg, B. Safety of formoterol in children and adolescents: experience from asthma clinical trials. *Arch Dis Child.* 2010 Dec;95(12):1047-53.
- 12 Nelson H, Bonuccelli C, Radner F, Ottosson A, Carroll K, Andersson T, LaForce C. Safety of formoterol in patients with asthma: Combined analysis of data from double-blind, randomized controlled trials. *J Allergy Clin Immunol.* 2010 Feb;125(2):390-396.
- 13 Kemp J, Armstrong L, Wan Y, Alagappan VK, Ohlssen D, Pascoe S. Safety of formoterol in adults and children with asthma: a meta-analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2011 Jul;107(1):71-8.
- 14 Rodrigo GJ, Moral VP, Marcos LG, Castro-Rodriguez JA. Safety of regular use of long-acting beta agonists as monotherapy or added to inhaled corticosteroids in asthma. A systematic review. *Pulm Pharmacol Ther.* 2009 Feb;22(1):9-19.
- 15 Salpeter SR, Wall AJ, Buckley NS. Long-acting beta-agonists with and without inhaled corticosteroids and catastrophic asthma events. *Am J Med.* 2010 Apr;123(4):322-8.e2.

- 16 Jones PW, Mahler DA, Gale R, Owen R, Kramer B. Profiling the effects of indacaterol on dyspnoea and health status in patients with COPD. *Respir Med.* 2011 Jun;105(6):892-9..
- 17 Dahl R, Chung KF, Buhl R, Magnussen H, Nonikov V, Jack D, Bleasdale P, Owen R, Higgins M, Kramer B. Efficacy of a new once-daily long-acting inhaled beta2-agonist indacaterol versus twice-daily formoterol in COPD. *Thorax.* 2010 Jun;65(6):473-9.
- 18 Calverley PM, Kuna P, Monsó E, Costantini M, Petruzzelli S, Sergio F, Varoli G, Papi A, Brusasco V. Beclomethasone/formoterol in the management of COPD: a randomised controlled trial. *Respir Med.* 2010 Dec;104(12):1858-68.
- 19 Worth H, Chung KF, Felser JM, Hu H, Rueegg P. Cardio- and cerebrovascular safety of indacaterol vs formoterol, salmeterol, tiotropium and placebo in COPD. *Respir Med.* 2011 Apr;105(4):571-9.
- 20 Global Initiative for Asthma (Gina). Pocket guide for asthma management and prevention. A pocket guide for physicians and nurses. Updated 2010.
- 21 SPLF. Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la prise en charge de la BPCO (mise à jour 2009). Texte long – Argumentaire. *Revue des maladies respiratoires* Juin 2010, volume 27 Supplément 1.