



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

AVIS

5 juillet 2006

Suite à la demande du ministre chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale, la commission réexamine les spécialités suivantes :

SERMION 10 mg, gélule

Boîte de 30 gélules (CIP : 335 638-7)

Boîte de 90 gélules (CIP : 337 257-0)

SERMION 5 mg, gélule

Boîte de 30 gélules (CIP : 337 390-2)

SERMION 5 mg, poudre pour solution pour perfusion

1 flacon - 1 ampoule de 2,5 ml (CIP : 317 613-6)

Boîte de 50 flacons (CIP : 552 873-4)

SERMION LYOC 10 mg, lyophilisat oral

Boîte de 30 lyophilisats (CIP : 332 621-6)

SERMION LYOC 5 mg, lyophilisat oral

Boîte de 30 lyophilisats (CIP : 317 064-2)

Laboratoires AVENTIS

nicergoline
liste II

Date de l'AMM :

SERMION 5 mg, gélule - 03/05/1988

SERMION 10 mg, gélule - 07/10/1992

SERMION LYOC 5 mg, lyophilisat oral - 03/05/1988

SERMION LYOC 10 mg, lyophilisat oral - 23/04/1990

SERMION 5 mg, poudre pour solution pour perfusion - 14/01/1998

Motif de la demande : Réévaluation du service médical rendu par les spécialités.

Direction de l'évaluation des actes et produits de santé

1 CARACTERISTIQUES DU MEDICAMENT

1.1. Principe actif

nicergoline

1.2. Indications remboursables

SERMION, formes orales :

- Traitement d'appoint à visée symptomatique du déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique du sujet âgé (à l'exclusion de la maladie d'Alzheimer et des autres démences).
- Traitement d'appoint de la claudication intermittente des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs (au stade 2).
N.B. : cette indication repose sur des études en faveur d'une amélioration du périmètre de marche.
- Traitement d'appoint des baisses d'acuité et troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire.

SERMION 5 mg, poudre pour solution pour perfusion :

- Amélioration des manifestations douloureuses des artériopathies en poussée ischémiques, dans l'attente du traitement chirurgical ou en cas d'impossibilité de celui-ci.

1.3. Posologie

- Artériopathies : 3 gélules ou 3 lyophilisats oraux à 10 mg, ou 6 gélules ou 6 lyophilisats oraux à 5 mg, par jour, en 3 prises, avant les 3 principaux repas.
- Autres indications : 3 à 6 gélules ou 3 à 6 lyophilisats oraux à 5 mg, ou 3 gélules ou 3 lyophilisats oraux à 10 mg, par jour, en 3 prises avant les 3 principaux repas.
- Voie intraveineuse, perfusion lente (durée de perfusion supérieure à 4 heures) : 6 ampoules par jour soit 30 mg de nicergoline par jour.

2 RAPPEL DES AVIS DE LA COMMISSION

Avis de la commission du 24 novembre 1999 - Réévaluation

Le service médical rendu de cette spécialité a été apprécié en prenant en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique.

Le niveau de service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles pour justifier sa prise en charge.

3 ANALYSE DES DONNEES DISPONIBLES

3.1. Efficacité

Aucune donnée clinique n'a été fournie par le laboratoire.

Données issues de notre recherche bibliographique :

Une revue Cochrane 2001¹ a sélectionné 11 études randomisées, en double-aveugle, versus placebo, de méthodologie de catégorie A, ayant évalué l'efficacité de la nicergoline dans la démence du sujet âgé ainsi que dans les autres troubles cognitifs liés à l'âge, à l'exclusion du MCI « Mild Cognitive Impairment ». L'étude la plus ancienne a été réalisée en 1979 et les plus récentes en 1999.

Commentaires :

Une seule étude a utilisé la nicergoline à la posologie de l'AMM (30 mg/jour en 3 prises de 10 mg) dont la revue Cochrane ne fournit pas les résultats.

La durée de suivi des études a été de 6 semaines à 24 mois.

La Commission de la Transparence ne peut donc pas prendre en compte cette revue.

3.2. Effets indésirables

Les manifestations suivantes peuvent survenir :

- Troubles digestifs mineurs (épigastralgies discrètes ou douleurs à type de crampe),
- Bouffées vasomotrices et/ou vertiges, surtout en orthostatisme.
- Très rares cas d'atteintes pleuropulmonaires lors de traitement au long cours : pneumopathie interstitielle isolée ou associée à une atteinte pleurale, atteinte pleurale isolée, pneumopathie fibrosante.

Pour les formes injectables :

- Hypotension, surtout en début de traitement,
- Bouffées vasomotrices et/ou vertiges, surtout en orthostatisme.
- Nausées, vomissements
- Très rares cas d'atteintes pleuropulmonaires lors de traitement au long cours : pneumopathie interstitielle isolée ou associée à une atteinte pleurale, atteinte pleurale isolée, pneumopathie fibrosante.

1 Fioravanti M, Flicker L. The Cochrane Collaboration 2001. Nicergoline for dementia and other age associated forms of cognitive impairment (Review).

4 SERVICE MEDICAL RENDU

4.1. Traitement d'appoint à visée symptomatique du déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique du sujet âgé (à l'exclusion de la maladie d'Alzheimer et des autres démences).

4.1.1. Caractère habituel de gravité de l'affection traitée

La définition du déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique du sujet âgé (DIPSA) n'est pas consensuelle. De nosologie floue, le concept de DIPSA recouvre des situations cliniques très hétérogènes chez le sujet âgé, allant des conséquences du vieillissement « normal » aux symptômes d'une pathologie sous-jacente.

L'ancienne terminologie française de l'AMM « Déficit intellectuel pathologique du sujet âgé », et la terminologie actuelle de l'AMM « Déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique du sujet âgé » sont rarement retrouvées dans la littérature.

Un déficit cognitif pathologique peut s'expliquer par une pathologie neurodégénérative (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, démences vasculaires, par exemple), par une cause iatrogène (psychotropes, antiparkinsoniens, ...) ou une autre cause organique (maladie métabolique).

Le concept de DIPSA recouvre des troubles cliniquement très hétérogènes chez le sujet âgé. L'hétérogénéité des troubles du DIPSA ne permet pas de conclure à une estimation de sa fréquence au sein de la population, si un tel syndrome existe.

La plainte mnésique n'est pas prédictive d'une maladie et la valeur prédictive péjorative de la seule plainte mnésique est controversée.

Un autre concept est celui du MCI « Mild Cognitive Impairment ». L'idée sous-jacente est d'identifier les sujets ayant un risque d'évoluer vers une démence. Les sujets répondant à ces critères de MCI présentent :

- Une plainte de mémoire du patient ou de l'entourage ;
- Un trouble mnésique objectivé par les tests ;
- Pas de modification des activités quotidiennes ;
- Pas d'atteinte des autres fonctions cognitives ;
- Absence de syndrome démentiel ;

Certains sujets ayant un trouble mnésique objectivé par des tests, mais sans atteinte des autres fonctions cognitives, sans modification de leurs activités quotidiennes et sans syndrome démentiel, auraient un risque augmenté d'évoluer vers une démence.

Ce concept de MCI est aujourd'hui une entité à part entière, différente du concept de DIPSA. Aussi, les spécialités ayant une indication dans le DIPSA ne peuvent être, par analogie, considérées comme étant indiquées dans le MCI.

Selon les indications actuelles de l'A.M.M., les démences (maladie d'Alzheimer, démences vasculaires et autres démences) sont exclues du champ des indications.

Si le déficit cognitif s'avère être la conséquence d'une maladie sous-jacente, neurodégénérative (Alzheimer, Parkinson,...) ou autre (vasculaire, métabolique, iatrogène,

...), il est essentiel de la diagnostiquer rapidement, de manière à mettre en œuvre une prise en charge spécifique.

Le DIPSA apparaît aujourd'hui comme un concept flou, dont il est difficile de mesurer l'impact éventuel sur la qualité de vie des patients.

4.1.2. Rapport efficacité/effets indésirables

Ces spécialités entrent dans le cadre d'un traitement symptomatique.

Le laboratoire n'a fourni aucune étude clinique dans cette indication. Une éventuelle quantité d'effet de la nicergoline ne peut donc être précisée dans cette indication.

Compte tenu des données cliniques actuellement disponibles, l'efficacité de la nicergoline n'apparaît pas établie, dans une population de patients dont la pathologie est un concept flou et mal établi.

Pour les effets indésirables : cf 3.2.

Le rapport efficacité/effets indésirables de la nicergoline dans cette indication est mal établi.

4.1.3. Place dans la stratégie thérapeutique²

La prise en charge des patients doit débuter par l'établissement d'un diagnostic spécialisé visant à distinguer un déclin des fonctions cognitives et neuro-sensorielles lié au vieillissement d'une démence ou d'un trouble isolé de la mémoire. Il convient de repérer et de traiter toute pathologie pouvant être à l'origine de ces troubles, par exemple une cause iatrogène (notamment la prescription de psychotropes, fréquente dans cette classe d'âge), un épisode dépressif ou une maladie neurologique.

Un des objectifs du traitement est de limiter, voire de retarder la perte d'autonomie. Il est primordial de porter une attention particulière aux conditions sociales dans lesquelles la personne âgée vit et affronte son handicap.

La rééducation cognitive incluant des exercices de stimulation de la mémoire peut être utile dans la prise en charge des troubles de la mémoire.

Les troubles sensoriels relèvent de la rééducation, d'appareillages (dont des prothèses), voire de la chirurgie.

Le DIPSA apparaît comme un concept hétérogène dont la prise en charge est variable selon la cause.

L'intérêt de nicergoline (efficacité, taille de l'effet) n'est pas établi.

La nicergoline n'a pas démontré sa capacité à améliorer l'autonomie de vie des personnes âgées, ni à réduire la morbi-mortalité de ces patients.

Il n'a pas été trouvé de recommandation (européenne ou internationale) préconisant la prescription de la nicergoline dans cette prise en charge.

La nicergoline n'a pas de place dans la prise en charge de ces affections.

2 Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, Mohs RC, Thal LJ, Whitehouse PJ, DeKosky ST, Cummings JL. Practice parameter : management of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56 : 1154-66. Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology.

Selon la revue Cochrane (cf. page 2), les données ayant évalué l'efficacité de la nicergoline dans les déficits cognitifs et/ou la démence du sujet âgé ne permettent pas de recommander son utilisation dans ces affections.

4.1.4. Intérêt en termes de santé publique

L'un des objectifs de santé publique chez les personnes âgées est la réduction des prescriptions inadaptées ou inappropriées pour lutter contre les événements iatrogènes. La non-prescription d'un médicament dont l'efficacité est mal établie dans cette indication peut y participer.

Compte tenu d'une efficacité symptomatique mal établie, de l'absence de preuve d'efficacité en termes de morbidité ou d'autonomie, la nicergoline ne présente pas d'intérêt en termes de santé publique.

4.1.5. Recommandations de la commission de la transparence

Le service médical rendu par ces spécialités est insuffisant dans cette indication.

4.2. Traitement d'appoint de la claudication intermittente des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs (au stade 2).

4.2.1. Caractère habituel de gravité de l'affection traitée (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est caractérisée par un rétrécissement du calibre des artères à destination des membres inférieurs, qui entraîne une perte de charge hémodynamique, avec ou sans traduction clinique, et dont le meilleur témoin est la chute de l'index de pression systolique (IPS).

On distingue plusieurs stades fonctionnels de l'AOMI (classification de Leriche et Fontaine) :

- stade I (asymptomatique),
- stade II (ischémie d'effort responsable d'une claudication intermittente),
- stade III (ischémie permanente responsable de douleurs du décubitus),
- stade IV (troubles trophiques : ulcérations et/ou nécroses tissulaires).

Les spécialités étudiées ne sont indiquées que dans l'AOMI au stade II.

La claudication intermittente traduit l'inadéquation des besoins des muscles impliqués dans l'exercice au débit artériel disponible pour ces muscles. L'AOMI au stade II est une manifestation de la maladie athéromateuse à prédominance masculine, plus fréquente chez le sujet âgé (prévalence située, selon les auteurs, entre 2 et 6 % des hommes de plus de 60 ans et chez 2% des femmes). Cette prévalence augmente avec l'âge. Seuls 5% des patients présentent une claudication intermittente.

L'AOMI au stade II peut avoir des conséquences fonctionnelles graves (handicap, amputation, perte d'autonomie) et altérer la qualité de vie.

L'AOMI au stade II n'engage pas en elle-même immédiatement le pronostic vital mais est associée à un risque accru de morbidité et de mortalité cardiovasculaires en raison d'atteintes athéromateuses coronaires et cérébrales concomitantes.

L'incidence des complications systémiques augmente avec la sévérité de l'AOMI, mais chez le patient asymptomatique, la mortalité cardiovasculaire est déjà de 2% par an, l'incidence annuelle de l'infarctus du myocarde est de 3% par an et celle des AVC de 1 à 2% par an. La présence de facteurs de risques athéromateux tels que le tabagisme, le diabète, les dyslipidémies, l'hypertension influe sur la progression de l'AOMI.

L'évolution de l'AOMI au stade II est, dans la grande majorité des cas, favorable. À 5 ans, 50 à 75 % des patients claudicants sont stables, voire améliorés du fait du développement d'une circulation collatérale. 25 % environ des claudicants s'aggravent, essentiellement au cours de la première année suivant le diagnostic (7-9 %). Le pourcentage de patients

3 Jackson et al. « antithrombotic therapy in peripheral arterial occlusive disease », Chest, 2001, 119, 283-299.

4 Burns et al. « Management of peripheral arterial disease in primary care », BMJ, 2002, 326, 584-588.

5 ACC/AHA, Guidelines for management of patients with peripheral arterial disease », 2006.

6 TransAtlantic Inter-Society Consensus. Management of peripheral arterial disease (PAD). J Vasc Surg 2000;31(1 Pt 2):S1-S296

7 The Dutch college of general Practitioners "NHG Practice Guideline : Peripheral arterial disease", december 1999.

8 Canadian cardiovascular society « consensus conference : peripheral arterial disease », 2005.

9 Clagett et al. "Antithrombotic therapy in peripheral arterial occlusive disease: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy", Chest 2004 Sep;126(3 Suppl):609S-26S

10 Prise en charge de l'artériopathie chronique athéroscléreuse des membres inférieurs, HAS 2006.

11 Carpentier et al. « Epidémiologie de l'artériopathie des membres inférieurs d'origine athérothrombotique », Arch. Mal. Cœur et vaisseaux, tome 98, octobre 2005.

12 Leng GC et al., « Exercise for intermittent claudication », The Cochrane collaboration, april 2000.

nécessitant une revascularisation va de 3 à 22 % selon les séries et les populations étudiées.

Le risque de progression vers l'ischémie nécessitant des amputations est d'environ 2% par an.

4.2.2. Rapport efficacité/effets indésirables

Ces spécialités entrent dans le cadre d'un traitement symptomatique.

Le laboratoire n'a fourni aucune étude clinique dans cette indication. Une éventuelle quantité d'effet de la nicergoline ne peut donc être précisée dans cette indication.

Malgré la durée de commercialisation de ces spécialités, aucun élément ne permet de documenter son efficacité en pratique réelle.

Il n'existe pas de données permettant de comparer directement l'effet symptomatique de la nicergoline à celui d'autres vasoactifs ou à celui des antalgiques.

On ne dispose que de données parcellaires chez des patients bénéficiant par ailleurs d'une prise en charge optimale (sevrage tabagique, programmes d'entraînement à la marche, traitement antiagrégant et par statines).

Il n'existe pas de données permettant de mesurer l'impact sur la morbidité ou la mortalité des patients atteints d'AOMI au stade II.

Pour juger de l'intérêt thérapeutique des résultats cliniques, il convient d'abord de prendre en compte, l'importance de la différence observée par rapport au placebo (une différence de plus de 30% est considérée comme cliniquement significative par le CHMP) mais aussi l'importance du handicap de départ.

Toutefois, la Commission de la Transparence privilégie la prise en compte de la quantité d'effet, et par conséquent le bénéfice du traitement en valeur absolue plutôt que l'augmentation relative de la distance de marche.

Pour les effets indésirables : cf 3.2.

Le rapport efficacité/effets indésirables de la nicergoline (SERMION) est mal établi.

4.2.3. Place dans la stratégie thérapeutique (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14)

Le patient claudicant a un risque cardio-vasculaire élevé.

La prise en charge d'un patient atteint d'AOMI au stade de claudication intermittente (ischémie d'effort, à la mise en charge, se manifestant aux membres inférieurs par une claudication pure sans symptômes au repos) a deux objectifs :

- l'identification et le traitement des facteurs de risque cardio-vasculaire associés (tabagisme, diabète, hypertension, dyslipidémies ...) pour ralentir la progression de l'athérosclérose et prévenir la survenue d'événements cardio-vasculaires graves, voire mortels (accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde) qui grèvent lourdement le pronostic du claudicant et représente la mesure la plus importante.
- l'amélioration fonctionnelle de la claudication et de la qualité de vie qui en résulte.

13 « Recommandations de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte » Archives des maladies du cœur et des vaisseaux, tome 95, n°10, octobre 2002.

14 Hankey et al. "Medical treatment of peripheral disease", JAMA February, 1, 2006 ; 295 : 547-553.

- Prise en charge systémique (prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires):

La prise en charge de ces patients artéritiques repose sur une prise en charge globale associant :

1/ Prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires associés :

- le tabagisme (sevrage tabagique),
- la surcharge pondérale (valeur cible IMC<25kg/m²),
- le diabète (valeur cible HbA1C < 6,5%) ,
- les dyslipidémies,
- l'hypertension artérielle.

2/Activité physique¹³ :

L'entraînement à la marche augmente le périmètre de marche (en moyenne 150%) améliore et la qualité de vie. Il permet d'améliorer le périmètre de marche. Cette activité doit être pratiquée quotidiennement pendant au moins 30 minutes et doit être proposée à chaque fois que possible.

3/Prévention des complications cardiovasculaires :

Les patients atteints d'AOMI sont à haut risque cardiovasculaire et nécessitent une prise en charge au long cours associant les trois types de traitement suivants :

- un antiagrégant : aspirine à faible dose (75 à 160 mg/j) qui permet de réduire la mortalité chez ces patients ou clopidogrel (75 mg/j)
- une statine (valeur cible LDL<1g/l, équivalent de la prévention secondaire).
- un IEC, en augmentant progressivement les doses sous surveillance de la pression artérielle et de la créatininémie (démonstré avec le ramipril à 10 mg /j qui permet de réduire la mortalité chez les patients présentant une artériopathie des membres inférieurs) ou un bêta-bloquant.

- Prise en charge symptomatique : les traitements chirurgicaux et médicamenteux :

1/ Revascularisation endovasculaire ou chirurgicale :

En cas de handicap sévère, lorsqu'un programme d'entraînement à la marche n'est pas possible ou en cas d'absence de réponse à l'exercice physique après 3 mois, ou en cas de perturbations importantes des activités quotidiennes, se pose la question d'un geste de revascularisation. L'indication de revascularisation peut être posée plus précocement en cas de lésions sévères menaçantes sans possibilité de développement d'une collatéralité.

2/Les vasodilatateurs

L'objectif du traitement médicamenteux de la claudication intermittente est de réduire la gêne fonctionnelle et donc d'améliorer la qualité de vie, notamment par une augmentation de la distance de marche.

Selon les recommandations de la HAS, il n'existe pas d'étude ayant montré un effet positif des vasodilatateurs sur les complications systémiques de la maladie, ni sur la prévention à long terme de la dégradation artérielle du membre et le risque d'amputation.

Pour information :

Le cilostazol (sans AMM en France) permet d'améliorer de 35 à 109% le périmètre de marche et d'améliorer les symptômes.

Selon les recommandations de la HAS, le cilostazol est significativement supérieur ($p < 0,001$) au placebo sur des critères intermédiaires seulement (pour le critère distance de marche avec un effet-taille de l'amélioration qui va jusqu'à 2,15 après 3 mois de traitement)

mais n'est pas statistiquement différente du placebo pour la distance de gêne.

Le cilostazol est recommandé par les recommandations américaines (ACC/AHA 2006).

3/Les statines :

Parmi les hypolipémiants, seules les statines ont montré un effet bénéfique dans l'artériopathie des membres inférieurs. La simvastatine et l'atorvastatine ont été les deux molécules les plus étudiées. À côté de leur effet bénéfique systémique sur les événements cardio-vasculaires et la mortalité, toutes deux ont démontré, à un an, un effet bénéfique sur la gêne fonctionnelle des membres inférieurs. Ces molécules sont actuellement sous-utilisées chez les patients atteints d'AOMI.

Certaines études suggèrent un effet des statines, qu'il reste à confirmer, sur la distance de marche.

4.2.4. Intérêt de santé publique

Si l'AOMI est potentiellement grave, la nicergoline ne traite pas les formes graves de la maladie. Les données fournies ne permettent pas de juger de l'importance du handicap des patients chez lesquels le médicament permet d'améliorer la distance de marche sans douleur.

La nicergoline ne prévient pas les accidents ischémiques et n'a pas montré d'impact sur la morbidité ni sur la mortalité.

La quantité d'effet observée du médicament est mal établie et de pertinence clinique discutable.

En l'état actuel des connaissances, la nicergoline n'a pas d'intérêt de santé publique.

4.2.5. Recommandation de la Commission de la Transparence

Le service médical rendu par ces spécialités est insuffisant dans cette indication.

Remarque de la Commission de la Transparence :

Le service médical rendu de ces spécialités est insuffisant dans le traitement symptomatique de la claudication intermittente des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs (stade II) pour l'ensemble de la population concernée par cette indication, quelles que soient les modalités de prise en charge par l'assurance maladie.

4.3. Traitement d'appoint des baisses d'acuité et troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire.

4.3.1. Caractère habituel de gravité de l'affection traitée

Les baisses d'acuité et les troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire peuvent entraîner un handicap important. Ils peuvent parfois conduire à une dégradation marquée de la qualité de vie.

4.3.2. Rapport efficacité/effets indésirables

Ces spécialités entrent dans le cadre d'un traitement symptomatique.

Le laboratoire n'a fourni aucune étude clinique dans cette indication. Une éventuelle quantité d'effet de la nicergoline ne peut donc être précisée dans cette indication.

Pour les effets indésirables : cf 3.2.

Le rapport efficacité/effets indésirables de la nicergoline dans cette indication est mal établi.

4.3.3. Place dans la stratégie thérapeutique ¹⁵

Ces symptômes sont rencontrés à l'occasion d'affections variées.

Les stratégies thérapeutiques de prise en charge de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) et du glaucome à pression normale ne sont pas abordées dans cet avis, dans la mesure où ces spécialités ne possèdent pas ces indications.

Il n'existe pas de recommandation qui préconise l'emploi de la nicergoline dans les baisses d'acuité et troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire.

Compte tenu des données disponibles et de l'absence de recommandation préconisant l'emploi de la nicergoline dans l'ensemble de ces affections, la place de la nicergoline dans la stratégie thérapeutique ne peut être précisée.

4.3.4. Intérêt en termes de santé publique

Compte tenu :

- d'une efficacité mal établie ;
- de l'incapacité de la nicergoline à apporter une réponse au besoin thérapeutique des baisses d'acuité et troubles du champ visuel;
- d'une place mal établie dans la stratégie thérapeutique,

ces spécialités ne présentent pas d'intérêt en termes de santé publique.

4.3.5. Recommandation de la Commission de la Transparence

Le service médical rendu par ces spécialités est insuffisant dans cette indication.

¹⁵ Recommandations ANAES 2001 – Traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

4.4 Amélioration des manifestations douloureuses des artériopathies en poussée ischémiques, dans l'attente du traitement chirurgical ou en cas d'impossibilité de celui-ci (Formes injectables)

4.4.1 Caractère habituel de gravité de l'affection traitée ^{16, 17, 18}

L'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est l'expression d'une pathologie artérielle générale, l'athérosclérose, affectant d'autres territoires : artères coronaires, cérébrales, rénales, digestives ainsi que l'aorte.

Les lésions occlusives des artères des membres inférieurs évoluent de façon aiguë ou chronique. L'ischémie permanente chronique (ou ischémie critique) est définie par l'association de douleurs de décubitus ou de troubles trophiques depuis au moins 15 jours à une pression artérielle systolique inférieure à 50 mmHg à la cheville ou à 30 mmHg à l'orteil. L'ischémie chronique sévère entraîne des douleurs permanentes associées ou non à des troubles trophiques.

L'ischémie aiguë due à une embolie artérielle ou à une thrombose athéromateuse, entraîne une interruption du flux artériel du membre. Elle est observée chez 0,5 à 1 pour mille patients atteints d'AOMI.

Dans les formes les plus sévères, l'ischémie conduit à la nécrose et à la gangrène du membre.

L'ischémie sévère des membres inférieurs peut donc engager le pronostic vital ; elle peut entraîner un handicap sévère et une altération marquée de la qualité de vie.

4.4.2. Rapport efficacité/effets indésirables

Ces spécialités entrent dans le cadre d'un traitement symptomatique.

Le laboratoire n'a fourni aucune étude clinique dans cette indication. Une éventuelle quantité d'effet de la nicergoline, administrée par voie injectable, ne peut donc être précisée dans cette indication.

La nicergoline n'a démontré ni efficacité sur le délai d'apparition ou de cicatrisation des troubles trophiques ni qu'il permettait de retarder le recours à une chirurgie mutilante (amputation du membre).

Son effet antalgique n'est pas documenté.

Pour les effets indésirables cf. 3.2.

Le rapport efficacité/sécurité est mal établi.

4.4.3. Place dans la stratégie thérapeutique ^{16, 17, 18}

Chez le patient avec un membre inférieur en ischémie permanente chronique, l'objectif thérapeutique immédiat est le sauvetage du membre.

En effet, en l'absence de revascularisation, la plupart des patients ayant une ischémie chronique sévère ont un risque élevé d'amputation à 6 mois.

¹⁶ Etude de la prescription et de la consommation des vasodilatateurs en ambulatoire. Afssaps. Septembre 1999.

¹⁷ The American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, "ACC/AHA Guidelines for management of patients with peripheral arterial disease", 2006.

¹⁸ Prise en charge de l'artériopathie chronique athéroscléreuse des membres inférieurs, HAS 2006.

Le contrôle de la douleur est également très important.

La prise en charge des patients atteints d'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs doit tenir compte du stade évolutif, de la gêne, de la douleur et du handicap.

Le risque cardio-vasculaire général est très élevé et sa prise en charge doit tenir compte des facteurs de risque cardiovasculaire, en particulier le tabagisme, un diabète, une hypertension artérielle et une dyslipidémie.

La prise en charge de l'ischémie sévère (chronique ou aiguë) nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, médicale, radiologique et chirurgicale.

Prise en charge globale des patients avec ischémie chronique

1/ Bilan pré-thérapeutique :

La prise en charge d'un patient au stade d'ischémie permanente chronique nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé (services de médecine vasculaire) ainsi qu'un environnement de soins infirmiers et de réadaptation spécialisés.

2/ Chirurgie et traitement endovasculaire :

- *Revascularisation :*

Compte tenu du risque majeur d'amputation, la revascularisation s'impose chaque fois qu'elle est possible, après évaluation du rapport bénéfices/risques du geste chirurgical (sauvetage du membre inférieur).

- *Angiographie :*

Une angiographie (conventionnelle ou angio-RM ou angioscanner) est nécessaire en complément de l'écho-Doppler pour choisir la meilleure solution thérapeutique.

3/ Les traitements :

Au stade de l'ischémie critique, le traitement médical est le complément nécessaire de la revascularisation. Il comprend notamment :

- la lutte contre la douleur ;
- le contrôle de l'équilibre hémodynamique général, de l'état ventilatoire et de l'état nutritionnel ;
- la prévention de la maladie veineuse thrombo-embolique (HBPM), des escarres et des rétractions ;
- le contrôle des surinfections ;
- le repos au lit.

- *Prostaglandines et vasodilatateurs :*

Les perfusions de prostaglandines sont proposées en cas d'impossibilité de revascularisation ou d'insuffisance de résultat. En l'absence de preuve définitive de leur efficacité, leur prescription ne doit pas conduire à laisser passer le moment optimal d'une amputation. A l'heure actuelle, l'effet thérapeutique des vasodilatateurs dans le traitement des patients ischémiques n'est pas suffisamment démontré.

- *Antiagrégants :*

Dans les suites immédiates de la mise en place d'une endoprothèse pour AOMI, un traitement associant aspirine (75 à 160 mg/j) et clopidogrel peut être proposé pendant les premières semaines. Au-delà, du fait de l'artériopathie et du risque cardio-vasculaire élevé, le traitement antiagrégant (soit aspirine, soit clopidogrel) est poursuivi au long cours.

Chez les patients ayant bénéficié d'un pontage sous-inguinal, un traitement antiagrégant au long cours est indiqué du fait du risque cardio-vasculaire élevé, mais aussi en raison de son efficacité dans la prévention de l'occlusion des pontages.

- Antivitamines K

Les antivitamines K ne donnent pas de résultats supérieurs à ceux de l'aspirine à faible dose après un pontage sous-inguinal, mais leur risque hémorragique est beaucoup plus élevé (grade B). L'association antivitamine K (INR cible : 2 à 3) et aspirine à faible dose a démontré son efficacité en cas de pontage veineux sous-inguinal à haut risque d'occlusion et d'amputation (matériel veineux de mauvaise qualité, lit d'aval déficient, difficulté technique), mais doit être discutée en raison du risque hémorragique accru, et restreinte à une durée limitée habituellement inférieure à 1 an.

4/ Réadaptation

Les soins infirmiers et la réadaptation font partie intégrante de la prise en charge des patients en ischémie critique, notamment l'adaptation posturale, la lutte contre l'œdème et la douleur, la prévention de la maladie thrombo-embolique, des rétractions et des escarres.

Prise en charge globale des patients avec ischémie aiguë

En dehors du recours à la chirurgie vasculaire de reconstruction ou à l'angioplastie, la prise en charge des patients atteints d'ischémie aiguë comprend la prescription d'héparine (avec relais si besoin par un antivitamine K), voire d'un agent thrombolytique ou de l'iloprost et d'antalgiques en assurant un volume sanguin suffisant.

En conséquence, et en l'absence de données de morbi-mortalité et de qualité de vie, la nicergoline n'a pas de place dans la prise en charge de l'ischémie sévère des membres inférieurs.

4.4.4. Intérêt de santé publique

Compte tenu :

- d'un rapport efficacité/effets indésirables mal établi ;
- de l'absence de place dans la stratégie thérapeutique,

ces spécialités ne présentent pas d'intérêt en termes de santé publique.

4.4.5. Recommandations de la Commission de la Transparence

Le service médical rendu par ces spécialités est insuffisant dans cette indication.

Remarque de la Commission de la Transparence :

Le service médical rendu de ces spécialités est insuffisant dans « l'amélioration des manifestations douloureuses des artériopathies en poussée ischémiques, dans l'attente du traitement chirurgical ou en cas d'impossibilité de celui-ci » pour l'ensemble de la population concernée par cette indication, quelles que soient les modalités de prise en charge par l'assurance maladie.

4.5 Conclusion

Le service médical rendu par ces spécialités est insuffisant dans l'ensemble des indications de l'AMM.