

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

Avis
6 décembre 2017

Date d'examen par la Commission : 5 juillet 2017

*L'avis de la commission de la Transparence adopté le 19 juillet 2017
a fait l'objet d'une audition le 6 décembre 2017.*

***immunoglobuline humaine normale
(coadministré avec la hyaluronidase humaine recombinante)***

HYQVIA 100 mg/ml, solution pour perfusion par voie sous-cutanée

Boîte de 1 flacon de 1,25 ml + 1 flacon de 25 ml contenant 2,5 g d'Ig (CIP : 34009 550 042 1 9)
Boîte de 1 flacon de 2,5 ml + 1 flacon de 50 ml contenant 5 g d'Ig (CIP : 34009 550 042 2 6)
Boîte de 1 flacon de 5 ml + 1 flacon de 100 ml contenant 10 g d'Ig (CIP : 34009 550 042 3 3)
Boîte de 1 flacon de 10 ml + 1 flacon de 200 ml contenant 20 g d'Ig (CIP : 34009 550 042 4 0)
Boîte 1 flacon de 15 ml + 1 flacon de 300 ml contenant 30 g d'Ig (CIP : 34009 550 042 5 7)

Laboratoire SHIRE FRANCE SAS

Code ATC	J06BA01 (Immunoglobulines humaines polyvalentes, pour administration extravasculaire)
Motif de l'examen	Extension d'indication
Liste concernée	Collectivités (CSP L.5123-2)
Indications concernées	- « Traitement substitutif chez [...] l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans) atteints de déficits immunitaires primitifs (DIP) avec production défailante d'anticorps ; - « Traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie chez des patients (enfants et adultes) avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes. »

SMR	- Insuffisant pour justifier d'une prise en charge par la solidarité nationale dans le traitement substitutif des déficits immunitaires primitifs de l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans). - Insuffisant pour justifier d'une prise en charge par la solidarité nationale dans le traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie, avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes, de l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans). - Important dans le traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes de l'adulte.
ASMR	<u>Déficits immunitaires primitifs chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans</u> Sans objet <u>Hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes chez l'enfant de moins de 18 ans</u> Sans objet <u>Hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes chez l'adulte</u> Bien qu'il n'y ait aucune données spécifiques dans cette indication mais au regard des données disponibles pour les autres Ig, la Commission considère que HYQVIA n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) dans la stratégie thérapeutique de prise en charge du traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes, de l'adulte uniquement. La stratégie thérapeutique comprend les comparateurs cliniquement pertinents cités au chapitre 06.
ISP	HYQVIA n'est pas susceptible d'avoir un impact sur la santé publique.
Place dans la stratégie thérapeutique	<u>Dans le traitement substitutif des déficits immunitaires primitifs de l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans), compte tenu :</u> - de l'absence de donnée comparative versus les autres immunoglobulines humaines normales ayant les mêmes indications et utilisées par voie IV ou SC, - du manque de recul notamment sur la tolérance liée à l'administration sous-cutanée de hyaluronidase humaine recombinante (exposition 3,3 ans au maximum) alors que le traitement sera prescrit au long terme, - des incertitudes sur l'impact de la hyaluronidase humaine recombinante sur la fertilité, tout particulièrement chez l'enfant ; - et de l'existence d'alternative thérapeutique, aussi efficace et sans cette incertitude sur la tolérance, HYQVIA n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique. <u>Dans le traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes de l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans), compte tenu :</u> - de l'absence de donnée comparative versus les autres immunoglobulines humaines normales ayant les mêmes indications et utilisées par voie IV ou SC, - du manque de recul notamment sur la tolérance liée à l'administration sous-cutanée de hyaluronidase humaine recombinante (exposition 3,3 ans au maximum), - et de l'existence d'alternative thérapeutique, HYQVIA n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique. <u>Dans le traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes de l'adulte,</u> la place d'HYQVIA est la même que celle des autres spécialités à base d'immunoglobulines humaines normales ayant les mêmes indications

	et utilisées par voie IV ou SC. La spécialité HYQVIA est une alternative thérapeutique supplémentaire qui permet une administration SC mensuelle en un site unique (par rapport aux Ig I.V. administrées en un site de façon mensuelle et par rapport aux IgSC administrées en plusieurs sites de façon hebdomadaire). Compte tenu de l'absence de donnée comparative versus les autres immunoglobulines (IV ou SC) ainsi que de l'absence de donnée dans les déficits immunitaires secondaires et en instauration d'un traitement par Ig dans les déficits immunitaires primitifs, le choix d'une Ig par rapport à une autre ne peut être précisé. Ce choix dépend des caractéristiques des patients et de leurs préférences.
Recommandations	► Réévaluation La Commission souhaite réévaluer HYQVIA dès que des nouvelles données sur la tolérance liée à l'administration sous-cutanée de hyaluronidase humaine recombinante chez l'enfant seront disponibles.

01 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET REGLEMENTAIRES

AMM	16 mai 2013 (procédure centralisée) 1^{er} septembre 2015 : levée de la mise en garde concernant l'utilisation de HYQVIA chez les femmes enceintes. 25 février 2016 : alignement des indications en accord avec le modèle de RCP¹ s'appliquant à toutes les Ig SC de la classe dans l'indication de la transplantation de CSH allogènes. Démarche initiée par l'EMA. 1^{er} juin 2016 : extension d'indication en pédiatrie sur la base des études cliniques de Phase III. L'AMM est accompagnée des éléments suivants : • étude de tolérance post-AMM (étude PASS) sur les effets indésirables locaux à long terme et sur les effets systémiques • PGR avec mise en place d'un registre pour surveiller les issues de toutes les grossesses pouvant survenir sous HYQVIA (rapport final prévu pour 2019) • mesures additionnelles de minimisation du risque avec mise en place d'un kit pédagogique
Conditions de prescription et de délivrance / statut particulier	Liste I Médicament dérivé du sang Médicament soumis à prescription hospitalière A noter que les composants d'HYQVIA peuvent être perfusés à l'aide d'une pompe électromécanique à débit variable, munie d'une aiguille sous-cutanée de calibre 24 au minimum et d'un kit d'administration compatible avec la pompe ; ces composants sont pris en charge dans le cadre de la Liste des Prestations et Produits Remboursables (LPPR)
Classification ATC	2016 J Anti-infectieux généraux à usage systémique J06 Immunoserums et immunoglobulines J06B Immunoglobulines J06BA Immunoglobulines humaines polyvalentes J06BA01 Immunoglobulines humaines polyvalentes, pour administration extravasculaire

02 CONTEXTE

Il s'agit d'une demande d'inscription sur la liste des spécialités agréées aux collectivités de 2 extensions d'indication de la spécialité HYQVIA :

- dans les déficits immunitaires primitifs chez l'enfant et l'adolescent âgés de 0 à 18 ans. Les situations d'hypogammaglobulinémie chez des patients atteints de LLC et de myélome multiple ne seront pas détaillées, ces maladies n'étant pas rencontrées chez les enfants et adolescents.
- dans les hypogammaglobulinémie de l'adulte et de l'enfant, avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes. Cette nouvelle indication fait suite à une harmonisation par l'EMA du RCP s'appliquant à tous les médicaments de la classe¹. Aucune donnée spécifique n'a été fournie pour cette indication.

¹ European Medicines Agency. Guideline on core SmPC for human normal immunoglobulin for subcutaneous and intramuscular administration. EMA/CHMP/BPWP/143744/2011 rev. 1. 26 February 2015.
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2015/03/WC500184870.pdf

HYQVIA associe une immunoglobuline humaine normale de type G (IgG²), responsable de l'effet thérapeutique, à la hyaluronidase humaine recombinante (rHuPH20) qui est une forme recombinante et soluble de la hyaluronidase humaine.

L'action conjuguée de la rHuPH20 à l'IgG permet d'administrer HYQVIA par voie sous-cutanée en une seule injection toutes les 3 à 4 semaines. Les autres IgG par voie sous-cutanée ont un schéma d'administration hebdomadaire, avec plusieurs sites d'injection simultanés.

La rHuPH20 modifie la perméabilité du tissu conjonctif par hydrolyse de l'acide hyaluronique et agit en tant qu'amplificateur de perméabilité afin de favoriser l'absorption de l'IgG. Les deux composants du médicament doivent être administrés successivement à l'aide de la même aiguille, en commençant par la hyaluronidase humaine recombinante, suivie de l'immunoglobuline.

Pour rappel, dans son avis du 16 septembre 2015, la Commission de la Transparence a attribué à HYQVIA, et chez l'adulte uniquement, un SMR important et un ASMR V par rapport aux autres immunoglobulines dans le traitement de substitution chez les patients adultes atteints de déficits immunitaires primitifs et secondaires dans les indications suivantes : « Traitement substitutif chez l'adulte (≥ 18 ans) atteint de déficits immunitaires primitifs (DIP) tels que :

- agammaglobulinémie et hypogammaglobulinémie congénitales
- déficit immunitaire commun variable
- déficit immunitaire combiné sévère
- déficits en sous-classe d'IgG avec infections récurrentes.

Ainsi que le traitement substitutif chez l'adulte (≥ 18 ans) en cas de myélome ou de leucémie lymphoïde chronique avec hypogammaglobulinémie secondaire sévère et infections récurrentes.»

Les données reposaient sur une étude de phase III non comparative (étude 160603).

Lors de l'AMM initiale chez l'adulte, en mai 2013, le laboratoire disposait déjà de données pédiatriques chez 26 enfants issus de l'étude 160603. La population de moins de 18 ans avait été exclue de l'AMM initiale par le CHMP étant donné une possible réaction croisée entre des anticorps anti-rHuPH20 (hyaluronidase humaine recombinante), pouvant se développer chez les patients traités par HYQVIA et la hyaluronidase endogène entraînant un risque potentiel sur la fertilité, la grossesse, la neurogénèse et la réparation neuronale.^{3,4}

A noter que les autres spécialités d'immunoglobuline humaine normale administrées par voie sous-cutanée ont toutes l'indication chez l'adulte et chez l'enfant mais ne sont pas accompagnées de l'administration de rHuPH20.

03 INDICATIONS THERAPEUTIQUES

« Traitement substitutif chez l'adulte, **l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans)** atteints de :

- **déficits immunitaires primitifs (DIP) avec production défailante d'anticorps** ;
- hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC), chez qui les antibiotiques prophylactiques n'ont pas fonctionné ou sont contre-indiqués ;
- hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez des patients atteints de myélome multiple ;
- **hypogammaglobulinémie chez des patients avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes.** »

² La teneur maximale en immunoglobuline A (IgA) est de 140 microgrammes/ml.

³ EPAR HYQVIA du 28 Avril 2016 dans le cadre de la procédure N° EMEA/H/C/002491/II/0021

⁴ RCP de HYQVIA au 1^{er} mai 2015

04 POSOLOGIE

« Le traitement substitutif doit être instauré et surveillé par un médecin expérimenté dans la prise en charge des déficits immunitaires.

Posologie

La posologie et le schéma posologique dépendent de l'indication thérapeutique.

Traitement substitutif

Le médicament doit être administré par voie sous-cutanée.

Dans le traitement substitutif, la posologie peut être adaptée à chaque patient en fonction des paramètres pharmacocinétiques et de la réponse clinique. Les schémas posologiques suivants sont donnés à titre indicatif.

Patients naïfs de traitement par immunoglobuline

La dose requise pour atteindre un taux résiduel d'Ig de 6 g/l est de l'ordre de 0,4 à 0,8 g/kg de poids corporel par mois. L'intervalle entre deux administrations nécessaire pour maintenir un taux d'équilibre varie entre 2 et 4 semaines.

Le taux résiduel doit être mesuré et évalué en association avec l'apparition d'infections. Pour réduire la fréquence des infections, il peut être nécessaire d'augmenter les doses afin d'atteindre un taux résiduel plus élevé (> 6 g/l).

A l'initiation du traitement, il est recommandé que les intervalles de traitement qui séparent les premières perfusions soient progressivement allongés en commençant par une dose toutes les semaines jusqu'à atteindre une dose toutes les 3 ou 4 semaines. La dose mensuelle cumulative d'Ig à 10 % doit être divisée en doses par semaine, deux semaines, etc. en fonction des intervalles de traitement prévus pour HYQVIA.

Patients précédemment traités par immunoglobuline par voie intraveineuse

Chez les patients qui passent directement de l'administration d'immunoglobuline par voie intraveineuse au traitement par HYQVIA ou dont on connaît la dose d'immunoglobuline précédemment administrée par voie intraveineuse, le médicament doit être administré à la même dose et à la même fréquence que leur traitement précédent par immunoglobuline par voie intraveineuse. Si les patients suivaient antérieurement un schéma posologique de 3 semaines, il est possible de porter l'intervalle à 4 semaines en administrant les mêmes équivalents hebdomadaires.

Patients précédemment traités par immunoglobuline par voie sous-cutanée

Chez les patients actuellement traités par immunoglobuline par voie sous-cutanée, la dose initiale d'HYQVIA est identique à celle du traitement sous-cutané, mais peut être ajustée pour un intervalle de 3 ou 4 semaines. La première perfusion d'HYQVIA doit être administrée une semaine après le dernier traitement par l'immunoglobuline précédente.

Population pédiatrique

La posologie chez l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans) n'est pas différente de celle de l'adulte, car la posologie de chaque indication est donnée en fonction du poids corporel et adaptée aux résultats cliniques des pathologies mentionnées ci-dessus. Les données actuellement disponibles sont décrites aux rubriques 4.8, 5.1 et 5.2. »

Les déficits immunitaires primitifs (DIP) constituent un groupe hétérogène de plus de 200 maladies⁵, caractérisées par un déficit génétique du système immunitaire inné ou acquis. Il s'agit d'une défaillance du système immunitaire qu'aucune cause infectieuse, néoplasique ou iatrogène ne peut expliquer. Les formes les plus fréquentes (60 à 70%) des DIP résultent d'un déficit primitif de l'immunité humorale avec notamment le déficit en IgA ou le déficit immunitaire commun variable (DICC), caractérisé par une hypogammaglobulinémie avec déficit de production d'anticorps spécifiques après immunisation, provoquant des infections bactériennes récidivantes, en général par bactéries encapsulées.

Les mécanismes physiopathologiques impliqués résultent de mutations interférant avec le développement ou la fonction des cellules du système immunitaire.

Le diagnostic de DIP doit être évoqué devant la survenue d'infections sévères et/ou récidivantes mais aussi devant d'autres manifestations comme une granulomatose, des manifestations auto-immunes, un syndrome d'activation lympho-histiocytaire, un syndrome lymphoprolifératif, voire certaines tumeurs solides.

Chez les enfants, la cassure de la courbe staturo-pondérale constitue l'un des signes cliniques d'alerte de DIP en plus des épisodes infectieux répétés⁶.

Les déficits immunitaires peuvent également être secondaires à une hémopathie maligne entraînant une augmentation du risque de décès d'origine infectieuse. Le déficit immunitaire secondaire est induit ou aggravé par l'hémopathie maligne, les traitements immunosuppresseurs, ou la corticothérapie.

Le déficit immunitaire en immunoglobulines, primitif ou secondaire à une hémopathie lymphoïde B (myélome et leucémie lymphoïde B chronique), est à l'origine d'une morbi-mortalité par infections répétées, essentiellement bactériennes et souvent sévères. Les manifestations cliniques les plus fréquentes sont des infections récurrentes ou persistantes⁷, notamment bactériennes, atteignant essentiellement les poumons et la sphère ORL.

Ces infections peuvent occasionner un handicap fonctionnel marqué (dilatation des bronches) voire engager le pronostic vital, soulignant ainsi la gravité potentielle de ces hypogammaglobulinémies et la nécessité d'une prise en charge rigoureuse et spécifique, centrée sur la substitution en immunoglobulines humaines polyvalentes humaines de façon définitive.

Celles-ci sont administrées par voie sous-cutanée ou intraveineuse dans l'objectif de prévenir les infections à répétition en maintenant un taux d'IgG sérique protecteur.

Les données du Centre de Référence des Déficits Immunitaires Héréditaires (CEREDIH), en date du 19 mai 2017, indiquent que la prévalence des patients atteints de DIP, sur la France entière, est de 5 469 patients. L'incidence est estimée à 350 nouveaux cas par an.⁸

Selon des données du CEREDIH publiées en 2015, 32% des patients atteints de déficits immunitaires héréditaires avaient moins de 15 ans, ce qui correspond à 1750 patients pour l'année 2017 et 22,6% des patients avaient entre 15 et 25 ans, soit 1235 patients pour l'année 2017.⁹

La greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) est à l'heure actuelle le traitement de choix de nombreuses hémopathies malignes (leucémies, lymphomes) mais aussi de maladies hématologiques telles que l'aplasie médullaire¹⁰.

D'après l'Agence de la Biomédecine, 1 936 patients ont reçus une ou plusieurs injections de CSH allogéniques en 2015 dont 240 enfants de moins de 18 ans, d'après la base ProMise^{11,12}. La greffe

⁵ Suarez F. Déficit immunitaire. La revue du praticien vol. 60. Avril 2010.

⁶ CEREDIH. Outils- Signes cliniques d'alerte d'un DIP chez l'enfant https://www.ceredih.fr/page/view?p_id=38

⁷ Cooper MA, Pommering TL, Koranyi K. Primary immunodeficiencies. Am Fam Physician 2003;68 :2001-8.

⁸ CEREDIH. Estimation de la prévalence des patients avec DIH en France au 19/05/2017. Données fournies à la demande par le CEREDIH. <http://www.ceredih.fr/>

⁹ Unvers'DIP 2015 disponible sur le site <http://www.associationiris.org/nos-publications/periodiques> (consulté le 23/05/2017)

¹⁰ Dhédin N, Vernant JP. Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques : réalisation et complications. EMC Hématologie, 2010

¹¹ Agence de la Biomédecine, Activité France <https://www.agence-biomedecine.fr/Activite-regionale-CSH>

a été réalisée principalement dans le cadre d'hémopathies malignes (environ 90%) comme les leucémies aiguës myéloblastiques (LAM), leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL) et myélodysplasies, ainsi que dans le cadre de tumeur solide ou de maladies auto-immunes.

Qu'il s'agisse de la préparation à la greffe ou du suivi post-greffe le choix du protocole de traitement dépend de nombreux critères, notamment l'état général, l'âge du patient, les comorbidités et le type d'hémopathie. Le traitement par IgG n'est pas systématique dans le contexte d'hypogammaglobulinémie lié à la greffe, il dépend de la sévérité des infections et des pratiques médicales locales.

Dans les indications de HYQVIA, dans le traitement substitutif par immunoglobuline des déficits immunitaires primitifs ou secondaires (hypogammaglobulinémie secondaire liée à la greffe), plusieurs autres spécialités sont disponibles par voie sous-cutanée et intraveineuse. Par conséquent, le besoin médical est couvert.

¹²Agence de la Biomédecine, Activité de greffe allogénique pédiatrique <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/cellules/04-national/synthese.htm#figCSHG16>

06 COMPARATEURS CLINIQUEMENT PERTINENTS

06.1 Médicaments

Les comparateurs cliniquement pertinents de HYQVIA dans les DIP chez l'enfant et dans les hypogammaglobulinémies chez des patients [adulte et enfant] en pré et post transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques sont les autres immunoglobulines administrées en sous-cutané ou en intraveineux et disposant des mêmes indications.

6.1.1 Immunoglobulines administrées par voie sous-cutanée

NOM (DCI) <i>Laboratoire</i>	CPT* identique oui / non	Indication	Date de l'avis	SMR	ASMR (Libellé)	Prise en charge Oui/non
GAMMANORM 165 mg/mL (immunoglobuline humaine normale plasmatique) <i>Octapharma</i>	Oui	Traitement de substitution des DIP chez les adultes et chez les enfants, comme : · agammaglobulinémies et hypogammaglobulinémies congénitales, · DICV, · le déficit immunitaire combiné sévère, · les déficits en sous-classes d'IgG avec infections récurrentes. Traitement de substitution du myélome ou de la LLC avec hypogammaglobulinémie secondaire sévère et infections récurrentes.**	06/07/2005 (inscription)	Important	ASMR III en termes de tolérance par rapport aux IgIV et dans la prise en charge des DIP et des DIS, notamment chez les patients sans voie d'abord veineuse.	Oui
			01/10/2014 (nouvelles présentations)		ASMR V par rapport à la présentation déjà inscrite	
HIZENTRA 200 mg/mL (immunoglobuline humaine normale) <i>CSL Behring</i>	Oui	Traitement de substitution chez les adultes, les enfants et les adolescents (0 à 18 ans) atteints de : - déficits immunitaires primitifs (DIP) avec déficit de production d'anticorps; - hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC), chez qui la prophylaxie antibiotique a échoué ou est contre-indiquée ; - hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez des patients atteints de myélome multiple (MM) ;	20/07/2011 (inscription) 30/05/2017 Notification de la HAS de la mise à jour du RCP conformément au modèle recommandé par l'EMA.	Important	ASMR V par rapport aux autres IgSC dans le traitement de substitution chez les adultes et les enfants atteints de déficits immunitaires primitifs et secondaires	Oui

		- hypogammaglobulinémie chez des patients en pré et post transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques.				
--	--	---	--	--	--	--

*classe pharmaco-thérapeutique

**Pour la spécialité GAMMANORM, la mise à jour du RCP conformément au modèle recommandé par l'EMA est en cours.

A noter que :

- VIVAGLOBIN 160 mg/ml, bien que toujours inscrit sur la liste collectivité, n'est plus commercialisé depuis 2012.

-SUBCUVIA 160 g/L, a été radié de la liste agréée aux collectivités¹³

¹³ JORF n°0162 du 12 juillet 2017

6.1.2 Immunoglobulines administrées par voie intraveineuse

Les immunoglobulines administrées par voie intraveineuse sont toutes indiquées dans le DIP de l'enfant et les hypogammaglobulinémies chez des patients après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes. Le modèle de RCP de l'EMA s'appliquant aux Ig par voie intraveineuse reprend également ces indications¹⁴.

NOM (DCI) <i>Laboratoire</i>	Date de l'avis	SMR	ASMR	Prise en charge Oui/non
CLAIRYG 50 mg/mL , solution pour perfusion (immunoglobuline humaine normale) <i>LFB-Biomédicaments</i>	10/02/2010	Important	ASMR V	Oui
FLEBOGAMMA DIF 50 mg/mL , solution pour perfusion (immunoglobuline humaine normale) <i>Instituto Grifols S.A.</i>	06/10/2010	Important	ASMR V	Oui
KIOVIG 100 mg/mL , solution pour perfusion (immunoglobuline humaine normale) <i>Baxter</i>	21/06/2006	Important	ASMR V	Oui
OCTAGAM 50 mg/mL et 100 mg/mL , solution pour perfusion (immunoglobuline humaine normale) <i>Octapharma France</i>	22/06/2011	Important	ASMR V	Oui
PRIVIGEN 100 mg/mL , solution pour perfusion (immunoglobuline humaine normale) <i>CSL Behring</i>	03/09/2008	Important	ASMR V	Oui
TEGELINE 50 mg/mL , poudre et solvant pour solution pour perfusion (immunoglobuline humaine normale) <i>LFB-Biomédicaments</i>	05/02/1997	Important	ASMR I	Oui
GAMMAGARD 50 mg/mL , poudre et solvant pour solution pour perfusion (immunoglobuline humaine normale) <i>Baxter</i>	01/12/1999	Important	ASMR I	Oui

Par ailleurs, la spécialité GAMMAGARD doit être réservée aux patients ayant développé des anticorps anti-IgA responsables de manifestations cliniques d'intolérance.

A noter que TECTASIM 50 mg/ml, solution pour perfusion (immunoglobuline humaine normale), a été radié de la liste agréé aux collectivités¹³.

06.2 Comparsateurs non médicamenteux

La greffe de cellules souches et la thérapie génique peuvent être envisagées pour certains déficits immunitaires primitifs chez l'adulte et l'enfant, en particulier les déficits immunitaires combinés sévères.

► Conclusion

Les comparsateurs cliniquement pertinents sont l'ensemble des immunoglobulines administrées par voie sous-cutanée et intraveineuse, à savoir : GAMMANORM, HIZENTRA, CLAIRYG, FLEBOGAMMA DIF, KIOVIG, OCTAGAM, PRIVIGEN, TEGELINE, GAMMAGARD.

¹⁴ Guideline on core SmPC for human normal immunoglobulin for intravenous administration (IVIg) EMA/CHMP/BPWP/94038/2007 Rev 4.

07 INFORMATIONS SUR LE MEDICAMENT AU NIVEAU INTERNATIONAL

Pays	Prise en charge	
	Oui (préciser date de début) /Non/Evaluation en cours	Périmètres (indications) et conditions particulières
Danemark	Oui (mai 2013)	Pas de condition particulière
Allemagne	Oui (juin 2013)	Pas de condition particulière
Pays-Bas	Oui (septembre 2013)	Pas de condition particulière
Norvège	Oui (mai 2013)	Uniquement à l'hôpital
Irlande	Oui (janvier 2014)	Pas de condition particulière
Royaume-Uni	Oui (janvier 2015)	Uniquement à l'hôpital
Suède	Oui (février 2015)	Pas de condition particulière
République Tchèque	Oui (juillet 2015)	Pas de condition particulière
Grèce	Oui (août 2015)	Pas de condition particulière
Slovaquie	Oui (novembre 2015)	Pas de condition particulière
Italie	Oui (février 2016)	Pas de condition particulière
Pologne	Oui (juillet 2016)	Pas de condition particulière
Autriche	Evaluation en cours	-
Espagne	Oui (juin 2017)	Pas de condition particulière
Etats-Unis	Oui (octobre 2014)	Uniquement dans les déficits immunitaires primitifs (indication FDA)
Australie	Oui (12 avril 2016)	Uniquement dans le traitement substitutif de déficit immunitaire primitif et hypogammaglobulinémie secondaires nécessitant une prise en charge.

08 ANALYSE DES DONNEES DISPONIBLES

Aucune nouvelle étude d'efficacité n'a été réalisée spécifiquement dans la population pédiatrique ou dans le contexte des hypogammaglobulinémie liée à la greffe de cellules souches.

L'évaluation de la demande d'extension d'indication chez les patients de moins de 18 ans repose sur :

- Une analyse post hoc dans le sous-groupe défini a posteriori de patients âgés de moins de 18 ans et issu de l'étude de phase III (étude 160603 déjà analysée par la CT dans son avis du 16 Septembre 2015)^{15,16,17}.
- Une analyse des données d'efficacité et de tolérance à long terme de HYQVIA dans la sous-population des patients de moins de 18 ans inclus dans la phase d'extension de l'étude 160603 (étude 160902)^{15,17}.
- L'étude 161101 réalisée aux Etats-Unis chez 37 patients dans le but d'évaluer la tolérance, la sécurité et le mode d'administration du rHuPH20 en association aux immunoglobulines humaines.
- L'étude 12222 sur la prévalence d'anticorps anti-rHuPH20 dans une population de 767 adultes et 129 enfants âgés de 12 à 17 ans.

De plus, une revue de la littérature portant sur la tolérance et l'immunogénicité de la rHuPH20 associée à différents principes actifs (IgSC, rituximab, trastuzumab et insuline ultra-rapide)¹⁸ et

¹⁵ Avis du 16 septembre 2015 de la Commission de Transparence pour l'inscription de la spécialité HYQVIA

¹⁶ Wasserman RL, Melamed I, Kobrynski L et al. Recombinant human hyaluronidase facilitated subcutaneous immunoglobulin treatment in pediatric patients with primary immunodeficiencies: long-term efficacy, safety and tolerability. *Immunotherapy* 2016; 8(10): 1175–85

¹⁷ HYQVIA. Addendum to the Clinical Overview Module 2.5. Clinical justification for Paediatric Indication Extension.

¹⁸ Rosengren S et al. Clinical immunogenicity of rHuPH20, a hyaluronidase enabling subcutaneous drug administration. *The AAPS J* 2015 ; 17 : 1144-56.

réalisée chez 1 526 patients, n'a pas été retenue, en l'absence de méthodologie justifiant de la sélection des études décrites.

S'agissant de l'extension d'indication « hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes », aucune donnée n'a été soumise pour appuyer cette demande. Il est rappelé que cette indication fait suite à une harmonisation des RCP de l'ensemble des Ig administrées par voie sous cutanée¹.

L'abréviation IgHy (pour immunoglobuline hyaluronidase) sera utilisée dans l'avis pour désigner HYQVIA. IgHy désigne donc l'administration sous-cutanée de rHuPH20 (75U/g d'Ig) puis l'administration sous-cutanée d'une Ig 10% (dose équivalente à 108% de la dose d'IgIV).

08.1 Données d'efficacité

8.1.1 Rappel des données de l'étude de Phase III (160603) et de sa phase d'extension (160902) (avis du 16 Septembre 2015)

► Méthodologie

Etude 160603 / Etude d'extension 160902	
Objectif principal de l'étude	Evaluer l'efficacité d'une Ig 10% administrée par voie SC après une administration de rHuPH20 dans la prévention des infections bactériennes graves chez les patients atteints de déficits immunitaires primitifs (DIP).
Méthode	Etude non comparative
Population étudiée	Patients atteints de DIP depuis plus de 2 ans et ayant été préalablement traités depuis au moins 3 mois.
Principaux critères d'inclusion	- patients âgés d'au moins 2 ans lors de l'inclusion - patients atteints d'un DIP nécessitant un traitement substitutif
Principaux critères de non inclusion	- patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B ou C, - patients ayant une neutropénie (PNN < 500/mm³) - femmes enceintes ou allaitant au moment de l'inclusion, - patients allergiques à la hyaluronidase, - patients traités par antibiotique pour une infection au cours des 7 jours précédant l'inclusion.
Déroulement de l'étude/ Groupes de traitement	L'étude s'est déroulée en 2 phases et a été suivie par une phase d'extension: Période 1 durant laquelle les patients recevaient : - Groupe 1 : Ig I.V. 10% toutes les 3 à 4 semaines pendant 3 mois (avec un délai d'une semaine entre la dernière dose et le début de la 2^{ème} période) - Groupe 2 : Ig I.V. 10% toutes les 3 à 4 semaines pendant 3 mois puis Ig SC toutes les semaines pendant 12 mois (sans rHuPH20). Les patients de ce groupe étaient issus, conformément aux critères d'inclusion, de l'essai de phase I (160601) Période 2 allant de 14 à 18 mois durant laquelle tous les patients (groupes 1 et 2) recevaient la rHuP20 à la dose de 75 U/g d'Ig suivie par l'administration d'IgHy à une dose équivalente à 108% de la dose d'Ig I.V. précédemment administrée, à intervalle de 3 à 4 semaines. La phase de titration d'environ 6 semaines, qui permettait d'habituer le patient à recevoir un volume important de liquide par voie SC et d'atteindre l'intervalle cible final de 4 semaines entre chaque administration d'IgHy, n'était pas comprise dans la période 2. Phase d'extension : Il s'agit d'un suivi au long-cours de la sécurité et de la tolérance du traitement de 24 à 48 semaines supplémentaires en fonction de la titration d'anticorps anti-rHuPH20. Au début de l'étude d'extension, les patients étaient traités par IgHy à la même dose et à la même fréquence qu'à la fin de l'étude de phase III. Après 3 perfusions, les patients pouvaient choisir de diminuer la fréquence de perfusion, passant à une fréquence toutes les 2 semaines, voire toutes les semaines pour ceux qui l'auraient souhaité. Ces différents choix avaient pour objectif d'évaluer les taux résiduels en IgG en fonction de la fréquence d'administration. Au total les patients étaient suivis jusqu'à 3 ans après leur inclusion dans l'étude de phase III. A noter qu'aux Etats-Unis cette phase d'extension a été prématurément interrompue à la

	demande de la FDA compte-tenu du risque potentiel d'exposition aux anticorps anti-rHuPH20. Étude pivot de phase III Étude d'extension (24 à 36 mois) Période 1 Période 2 (14 à 18 mois) GROUPE 1 (n = 31) IgIV 10 % pendant 3 mois toutes les 3 à 4 semaines Puis IgSC 10 % pendant 12 mois GROUPE 2 (n = 56) IgIV 10 % pendant 3 mois HyQvia (n = 83) HyQvia (n = 63) IgIV 10 % (n = 3)
Critère de jugement principal	Taux annuel d'infections bactériennes graves (bactériémie/septicémie, méningite bactérienne, ostéomyélite/arthritis septique, pneumonie bactérienne et abcès viscéral, causés par des bactéries pathogènes identifiées) développées par patient au cours du traitement.
Parmi les critères de jugement secondaires (exploratoires)	- paramètres pharmacocinétiques et taux résiduel en Ig, - nombre total d'infections toutes causes confondues, - nombre de jours d'arrêt de travail ou d'absence à l'école, - nombre de jours de traitement par antibiotiques, - nombre de visites non-programmées chez le médecin, - qualité de vie mesurée par les questionnaires Short Form Health Survey 36⁷ (SF-36) pour les patients de 14 ans et plus, et par le questionnaire PEDS-QL pour les enfants, - préférences de traitement et la satisfaction des patients, mesurée par le Life Quality Index¹⁹ (LQI).
Calcul du nombre de sujets nécessaires	Le nombre de sujets nécessaires a été calculé afin de pouvoir rejeter l'hypothèse nulle (taux annuel d'infections bactériennes graves ≥ 1) avec une puissance de 80% et un risque alpha unilatéral de 0,01. Un total de 80 patients devait donc être inclus, en prenant un taux annuel d'infections graves de 0,7.
Analyse statistique	L'analyse du critère principal d'évaluation a été réalisée selon le modèle de Poisson en calculant un taux d'infections bactériennes graves et la limite supérieure de son intervalle de confiance unilatéral à 99%. L'hypothèse nulle selon laquelle le taux annuel d'infections bactériennes graves au cours du traitement était >1 était testée contre l'hypothèse alternative d'obtenir un taux annuel d'infections bactériennes graves <1. Le seuil fixé de 1 a été défini en accord avec les seuils recommandés par l'EMA²⁰ et la Food and Drug Administration (FDA)²¹ pour démontrer l'efficacité d'une immunoglobuline dans le traitement de DIP. La période d'étude était la période 2 qui excluait la phase de titration. La population totale d'analyse était constituée par tous les patients ayant reçu un traitement au cours de l'étude et ayant des données disponibles pour l'analyse du critère principal. Les critères secondaires ont été analysés de façon descriptive en comparant les données issues de la période 1 (Ig I.V. et Ig SC) et de la période 2 (IgHy). L'analyse en sous-groupe dans la population pédiatrique n'avait pas été prévue dans le protocole.

¹⁹ LQI : Enquête de satisfaction adressée aux patients atteints de DIP, développée par Daly PB et al.

Différents domaines sont évalués tels que les contraintes liées au traitement, les paramètres du traitement et les coûts associés. Plus le score est élevé, plus la satisfaction est grande.

²⁰ EMA. Guideline on the clinical investigation of human normal immunoglobulin for intravenous administration (IVIg). Juillet 2010. Disponible sur : http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/10/WC500004766.pdf (consulté en juin 2015)

²¹ FDA. Guidance for Industry - Safety, efficacy, and pharmacokinetic studies to support marketing of immune globulin intravenous (human) as replacement therapy for primary humoral immunodeficiency. Juin 2008.

► Résultats

Au total, 83 patients atteints de DIP et prétraités par immunoglobuline humaine normale par voie intraveineuse (à intervalles réguliers de 3 ou 4 semaines, n=56) ou par immunoglobuline humaine normale par voie sous-cutanée (à intervalles réguliers hebdomadaires, n=31) au cours de la période 1 de l'étude ont été inclus. Au cours de la période 2, les patients ont reçu HYQVIA à intervalles de 3 ou 4 semaines pendant 12 mois en médiane (après une période de titration de 6 semaines environ).

La dose d'HYQVIA était établie sur la dose du traitement précédent par Ig I.V. et adaptée à chaque patient afin d'assurer un taux d'IgG adéquat pendant toute l'étude.

Les résultats de l'étude ont montré un taux annuel d'infections bactériennes graves aiguës validé (critère principal de jugement) de 0,025 lors du traitement par HYQVIA. Ce taux est inférieur au seuil de 1 prédéfini (limite supérieure de l'intervalle de confiance unilatéral à 99 % : 0,046, $p < 0,001$).

Si l'on compare les patients traités par IgHy (période 2) à ceux traités par Ig I.V. (période 1), on observe que le taux annuel d'infections toutes causes confondues a été plus faible avec IgHy (2,97 (IC_{95%} [2,51 ; 3,47]) qu'avec les Ig I.V. 4,51 (IC_{95%} [3,50;5,69]) ainsi que le nombre de jours/mois de traitement par antibiotiques (1,69 (IC_{95%} [1,29 ; 2,16]) versus 3,15 (IC_{95%} [2,19 ; 4,35]).

On constate également que le nombre médian de sites de perfusion par mois avec HYQVIA a été de 1,09 soit un nombre inférieur à celui de l'Ig I.V. (1,34) et Ig SC (21,43). Les concentrations résiduelles étaient comparables et supérieures au taux recommandé d'au moins 5 g/l : 10,7 g/l pour IgHy versus 10,4 g/l pour Ig I.V. Cependant ces données doivent être interprétées avec prudence en raison des limites inhérentes à ce type de comparaison (avant/après), d'autant que les patients étaient tous prétraités par Ig en période 1 de l'étude.

Au cours des 3 années de suivi (étude d'extension 160902), le taux annuel d'infections toutes causes confondues a été stable (3,25 ; 3,36 et 2,33).

Il a été observé des scores de qualité de vie (SF-36 pour les patients de ≥ 14 ans et PEDS-QL pour les enfants) comparables entre le traitement par Ig SC, Ig I.V. et IgHy.

En termes de préférence des patients, 12 patients sur les 69 évalués (17%) ont mentionné ne pas souhaiter poursuivre le traitement par IgHy principalement en raison de la complexité d'injection du produit ou des douleurs associées.

8.1.2 Analyse exploratoire dans le sous-groupe des patients âgés de moins de 18 ans^{15,17}

Aucune analyse en sous-groupe dans la population pédiatrique n'avait été prévue dans le protocole.

Sur le total des 83 patients inclus dans l'étude, 26 avaient moins de 18 ans, et étaient âgés de 4 à 17 ans. Aucun patient de moins de 4 ans n'a été inclus dans cette étude. L'âge minimum requis dans les critères d'inclusion était de 2 ans.

En cours de période 1, deux patients sont sortis d'études, à la demande d'un patient et suite à plus de 2 perfusions manquées pour un autre patient.

Sur 24 patients traités par IgHy en période 2, 19 ont terminé l'étude de Phase III et 15/19 ont été inclus dans la phase d'extension (160902). Un total de 12/15 (80%) sont allés jusqu'à la fin de la phase d'extension.

La perfusion d'IgHy a été réalisée toutes les 4 semaines chez 75% des patients (18/24).

Le taux annuel d'infections bactériennes aiguës graves, critère de jugement principal, a été de 0,08 par patient-année (limite supérieure de l'intervalle de confiance à 99% : 0,20), significativement inférieur au seuil de 1 défini dans le protocole ($p < 0,0001$) et requis par les autorités européennes et américaines.

Quatre pneumonies bactériennes sont survenues chez 3 patients de moins de 18 ans : 2 pneumonies bactériennes chez 2 patients, traitées par antibiothérapie par voie orale et 2 pneumonies à staphylocoque chez un même patient présentant un syndrome Hyper-IgE (ou

syndrome de Buckley caractérisé par une sensibilité particulière aux infections à staphylocoque). Ces deux épisodes infectieux ont nécessité un traitement en milieu hospitalier.

Le taux annuel d'infections toutes causes confondues a été de 3,02 par patient-année ($IC_{95\%}$ [2,15-4,32]).

Le taux résiduel médian en IgG a été compris entre 10 et 16 g/L, quelle que soit la fréquence de perfusion considéré, et donc supérieur au seuil de référence de 8 g/L considéré comme la valeur cible dans le traitement immunosubstitutif.

Sur les 24 patients de moins de 18 ans, aucun n'a fait le choix de recevoir une perfusion hebdomadaire, 2 patients ont choisi une fréquence de perfusion toutes les 2 semaines, 4 patients ont choisi un intervalle de 3 semaines et 18 patients ont suivi une fréquence de perfusion toutes les 4 semaines.

Les résultats de préférence des patients ont été disponibles pour 20/26 (80%) enfants :

- Six patients âgés de plus de 14 ans (6/7 soit 85%) ont exprimé une préférence en faveur de IgHy, plutôt que de reprendre un traitement par voie IV ou par immunoglobulines sous-cutanées hebdomadaires. Seul un adolescent a souhaité revenir à un traitement par IgSC hebdomadaire.
- Tous les parents d'enfants de moins de 14 ans (13/13 soit 100%) ont exprimé une préférence en faveur de IgHy, plutôt qu'un traitement par voie intraveineuse ou par immunoglobuline sous-cutanée (Ig SC) hebdomadaire.

La préférence des patients en faveur du traitement par IgHy par rapport à l'administration intraveineuse d'Immunoglobulines dans la population pédiatrique a été de 95%.

08.2 Données de tolérance

8.2.1 Rappel des données issues de l'étude clinique 160603 et de sa phase d'extension 160 902

Les principaux événements indésirables (EI) observés ont été systémiques avec : maux de tête (taux par injection = 0,031), fatigue (0,012), nausées (0,010), fièvre (0,009), vomissements (0,008) et frissons (0,003).

Des effets indésirables ont conduit à l'arrêt de traitement chez 6 patients dont 2 enfants (respectivement maux de tête et douleur locale) et 4 adultes (gonflements localisés, n=2).

Au cours des 3 années de suivi, les taux d'EI locaux et systémiques ont été stables et aucune modification du tissu cutané ou sous-cutané n'a été observée.

Des données de suivi à plus long terme sont nécessaires pour évaluer le profil d'immunogénicité de l'administration sous-cutanée de hyaluronidase humaine recombinante (anticorps antiHuPH20).

8.2.2 Dans le sous-groupe de patients âgés de moins de 18 ans

La tolérance de HYQVIA a été évaluée chez 24 patients de moins de 18 ans recevant HYQVIA toutes les 3 à 4 semaines ou toutes les 2 semaines (pour 2 patients pendant la phase d'extension). La durée moyenne de traitement par IgHy a été de 2 ans (0,1-3,3 ans).

L'exposition cumulée à HYQVIA dans la population pédiatrique a été de 48,66 années-patients et 738 perfusions (incluant la phase d'initiation dite « ramp-up ») ont été réalisées.

97,2% des perfusions n'ont nécessité aucun ralentissement du débit de perfusion, aucune interruption ni arrêt de la perfusion. Cette caractéristique est habituellement considérée comme l'un des marqueurs de la bonne tolérance du médicament. Aucune différence n'a été observée entre la population adulte et les moins de 18 ans.

La dose moyenne d'IgHy a été de 0,616 g/kg/mois ($\pm$ 0,183) pendant l'étude de phase III et durant sa phase d'extension.

Une large majorité des perfusions (82,5%) a été réalisée sur un seul site d'injection.

Le volume administré par site de perfusion a été en moyenne de 176 ml [22-313 ml] chez les enfants de 4 à 12 ans et de 306 ml [41 – 616 ml] chez les adolescents de 12 à 18 ans.

La durée médiane de la perfusion a été de 1,65 h (min-max : 1,17-2,68h), soit 99 minutes.

Un total de 45,5% de perfusions pendant l'étude de phase III et 20% pendant la phase d'extension ont été réalisées à domicile.

Au total, 376 événements indésirables ont été rapportés chez 24 patients pendant une période équivalente à 48,66 années-patients.

Aucun événement indésirable grave n'a été considéré comme lié au traitement. Six événements indésirables graves ont été rapportés: céphalée, gonflements des amygdales, insuffisance respiratoire, état de mal épileptique, adhérence abdominale et pneumonie.

Les 137 effets indésirables d'intensité légère ou modérée se répartissent en:

- 70 effets systémiques dont les plus fréquents ont été maux de tête (taux par perfusion = 0,030), fièvre (0,019) et fatigue (0,007) ;
- 67 effets locaux dont les plus fréquents ont été inconfort/douleur au site d'injection (taux par perfusion = 0,051) et érythème (0,014).

Les taux d'EI systémiques observés chez les patients de moins de 18 ans ont été stables au cours des 3 années de suivi. Les taux d'EI locaux ont eu tendance à diminuer au cours des deux études. Aucune modification du tissu cutané ou sous-cutané n'a été observée.

En termes d'immunogénicité, aucun patient n'a développé d'anticorps neutralisants dirigé contre la hyaluronidase humaine recombinante (rHuPH20). Trois patients (3/24 soit 12,5%) ont développé transitoirement des anticorps non-neutralisants anti-rHuPH20 à un titre supérieur ou égal à celui retrouvé chez des sujets sains non exposés à rHuPH20 ($\geq 1:160$).

Aucune corrélation n'a été retrouvée entre le développement d'anticorps anti-rHuPH20 et l'efficacité ou la tolérance.

8.2.3 Données exploratoires sur l'immunogénicité de rHuPH20

Etude 161101

Il s'agit d'une étude prospective de phase II/III réalisée aux Etats-Unis ayant pour objectif d'évaluer la tolérance et la sécurité liée à l'administration du rHuPH20 en association aux immunoglobulines humaines. Un total de 37 patients a reçu au moins une dose de traitement, dont 9 enfants âgés de moins de 18 ans, entre 2 et 12 ans. Dans cette étude, après une phase d'instauration à l'hôpital, l'immunoglobuline humaine normale et la rHuPH20 étaient administrés de préférence à domicile pour une durée d'environ 6 mois. En Juillet 2012 cette étude a été prématurément interrompue à la demande de la FDA compte-tenu du risque potentiel lié au développement d'anticorps anti-rHuPH20.

Les patients en cours de traitement ont changé de traitement pour recevoir des IgG par voie sous-cutanée sans rHuPH20 associé, ou par voie intraveineuse, le choix étant laissé à la discrétion de l'investigateur. Aucun des patients (0/37) ayant reçu du rHuPH20 n'a développé d'anticorps neutralisant rHuPH20. Aucun patient n'a dépassé le seuil de 160 titres d'anticorps anti-rHuPH20, reconnu comme seuil de positivité significatif dans la littérature. Pour les valeurs de titration inférieures à 160, celles-ci ont été considérées comme un bruit de fond dans l'analyse, ou liées au transfert passif d'anticorps via les immunoglobulines humaines administrées.

Etude 12222

Il s'agit d'une analyse des échantillons sanguins de 767 adultes et 129 enfants de 12 à 17 ans afin d'établir la prévalence et d'explorer les facteurs potentiels prédisposant à l'expression des anticorps anti-rHuPH20 dans une population de volontaires représentatifs de la population générale américaine de plus de 12 ans, sans exposition préalable aux spécialités contenant de la hyaluronidase. Le nombre de patients présentant des anticorps anti-rHuPH20 a été de 40/767 adultes (5,2%) et 2/129 enfants (1,6%). Les comparaisons réalisées en fonction de l'âge suggèrent une augmentation de l'expression des anticorps anti-rHuPH20 avec l'âge, sans précision sur le caractère neutralisant ou non.

Aucun lien n'a pu être établi entre le taux d'anticorps anti-rHuPH20 et la présence de maladie auto-immune ou inflammatoire. Parmi les 4/767 adultes, ayant consulté un spécialiste de l'infertilité qu'ils soient ensuite diagnostiqués ou non infertiles, aucun ne présentait d'anticorps anti-rHuPH20. Parmi les 127 hommes ayant eu un enfant, 17 exprimaient des anticorps anti-rHuPH20. Chez les

femmes (nombre total de grossesses non précisé), le taux de naissance n'était pas différent entre celles qui exprimaient les anticorps anti-rHuPH20 et celles qui ne l'exprimaient pas. Cependant, le plan de cette étude descriptive ne permet pas de savoir si le taux d'anticorps anti-rHuPH20 a été mesuré avant ou après la conception, ce qui limite son interprétation.

8.2.4 Données issues du RCP

Dans le RCP, il est indiqué que les effets indésirables les plus fréquemment rapportés avec HYQVIA étaient les réactions locales. Les effets indésirables systémiques les plus fréquemment rapportés étaient la céphalée, la fatigue et la fièvre. La plupart de ces réactions étaient d'intensité légère à modérée.

Le profil de sécurité de HYQVIA a été évalué dans le cadre de 4 études cliniques (160602, 160603, 160903 et 161102) chez 124 patients, adultes et enfants, atteints de DIP qui ont reçu au total 3 202 perfusions.

Les résultats des études cliniques ont indiqué des profils de sécurité similaires dans les populations pédiatrique et adulte, notamment en termes de nature, fréquence, de sévérité et de réversibilité des effets indésirables.

Par ailleurs, dans la rubrique 4.4 Mises en garde spéciales et précautions d'emploi il est indiqué :
« Immunogénicité de la hyaluronidase humaine recombinante

Lors d'études cliniques, le développement d'anticorps non neutralisants contre la hyaluronidase humaine recombinante a été rapporté chez des patients recevant de l'HYQVIA. Il existe un risque que ces anticorps réagissent de manière croisée avec le PH20 endogène, connu pour se développer dans les testicules mâles adultes, l'épididyme et le sperme. Nous ignorons si ces anticorps peuvent avoir une signification clinique chez l'homme. »

Dans la rubrique 4.6 Fertilité, grossesse et allaitement il est indiqué :

« *Grossesse*

La sécurité de ce médicament chez les femmes enceintes n'a pas été évaluée au cours d'études cliniques contrôlées ; HYQVIA doit donc être prescrit avec vigilance aux femmes enceintes et à celles qui allaitent. Il a été démontré que les produits à base d'immunoglobuline pénètrent dans le placenta, et ceci de façon plus importante pendant le troisième trimestre. L'expérience clinique avec les immunoglobulines suggère qu'aucun effet néfaste n'est attendu sur le déroulement de la grossesse, sur le fœtus ni sur le nouveau-né.

Des études visant à évaluer la toxicologie de la hyaluronidase recombinante concernant le développement et la reproduction ont été menées sur des souris et des lapins. Aucun effet indésirable sur la grossesse ni sur le développement du fœtus n'a été associé aux anticorps anti rHuPH20. Dans ces études, les anticorps anti rHuPH20 maternels ont été transférés in utero aux progénitures. Les effets des anticorps de la hyaluronidase humaine recombinante contenue dans HYQVIA sur le développement de l'embryon et du fœtus chez les humains sont pour le moment inconnus (voir rubrique 5.3).

Si une patiente tombe enceinte, son médecin traitant doit l'encourager à participer au registre des grossesses.

[...]

Fertilité

Actuellement, il n'existe aucune donnée clinique sur la sécurité d'emploi de HYQVIA concernant la fertilité.

L'expérience clinique concernant les immunoglobulines suggère qu'aucun effet délétère sur la fertilité n'est attendu avec l'Ig à 10%.

Les études effectuées chez l'animal n'ont pas mis en évidence d'effets délétères directs ou indirects de la hyaluronidase humaine recombinante sur la reproduction aux doses utilisées pour faciliter l'administration de l'Ig à 10 % (voir rubrique 5.3). »

8.2.5 Données issues des bilans de pharmacovigilance

► PSUR

Le laboratoire a fourni des données récentes de tolérance dans le PSUR HYQVIA couvrant la période du 1er juin 2015 au 31 mai 2016. Ces données ne sont pas de nature à modifier le profil de tolérance connu pour cette spécialité.

► PGR

Dans le cadre du PGR plusieurs mesures ont été mises en place dont notamment :

- la tenue d'un registre de suivi des femmes enceintes ;
- la surveillance renforcée des réponses allergiques incluant les réactions anaphylactiques et l'évaluation du risque d'événements thromboemboliques.
- l'étude PASS 161302 pour collecter des informations sur l'impact au long terme de développement d'anticorps anti rHuPH20.
- l'étude PASS 161504 pour obtenir des données à long terme dans les déficits immunitaires primitifs chez l'enfant²².

08.3 Résumé & discussion

8.3.1 Déficiences immunitaires primitifs chez l'enfant et l'adolescent (âgés de 0 à 18 ans)

Efficacité

L'efficacité de HYQVIA, par l'administration successive de hyaluronidase puis d'Ig SC, a principalement été évaluée à partir d'une analyse post-hoc en sous-groupe des patients de moins de 18 ans inclus dans l'étude de Phase III 160603 et sa phase d'extension. Les résultats de cette étude ont déjà été analysés par la Commission dans son avis du 16 septembre 2015¹⁵.

Parmi les 83 patients inclus dans l'étude 160603, 26/83 (31%) étaient âgés de 4 à 17 ans.

Chez ces patients, 4 pneumonies sont survenues. Le taux annuel d'infections bactériennes aiguës graves, critère de jugement principal, a été de 0,08 par patient-année (limite supérieure de l'intervalle de confiance à 99% : 0,20), significativement inférieur au seuil de 1 prédéfini dans le protocole ($p < 0,0001$).

Le taux résiduel médian en IgG, quelle que soit la fréquence de perfusion considéré, a été compris entre 10 et 16 g/L ; il a été supérieur au seuil de référence de 8 g/L considéré comme la valeur cible dans le traitement immunosubstitutif. Ces données doivent être interprétées avec prudence en raison des limites inhérentes à ce type de comparaison (avant/après), ce d'autant que les patients étaient tous prétraités par Ig I.V. au moins 3 mois en période 1 de l'étude.

S'agissant de la qualité de vie, les résultats disponibles pour 20/26 patients indiquent une préférence en faveur du traitement par HYQVIA (95% des patients ou parents) par rapport à l'administration intraveineuse d'immunoglobulines.

La phase d'extension de l'étude 160603 a été prématurément interrompue à la demande de la FDA compte-tenu du risque potentiel d'exposition aux anticorps anti- rHuPH20.

La population de moins de 18 ans avait été exclue de l'AMM initiale, en 2013, le CHMP ayant invoqué une possible réaction croisée entre des anticorps anti-rHuPH20 (hyaluronidase humaine recombinante), pouvant se développer chez les patients traités par HYQVIA et la hyaluronidase endogène entraînant un risque potentiel sur la fertilité, la grossesse, la neurogénèse et la réparation neuronale.

Tolérance

Dans l'étude 160603, aucun effet indésirable grave n'a été rapporté chez les patients de moins de 18 ans. Les 137 effets indésirables d'intensité légère ou modérée observés dans cette sous-population se répartissent en :

²² EUDRACT 2016-0034838-26

- 70 effets systémiques dont les plus fréquents ont été maux de tête (taux par perfusion = 0,030), fièvre (0,019) et fatigue (0,007) ;
- 67 effets locaux dont les plus fréquents ont été inconfort/douleur au site d'injection (taux par perfusion = 0,051) et érythème (0,014).

Les taux d'EI systémiques observés chez les patients de moins de 18 ans ont été stables au cours des 3 années de suivi. Les taux d'EI locaux ont eu tendance à diminuer au cours des deux études. Aucune modification du tissu cutané ou sous-cutané n'a été observée.

En termes d'immunogénicité, aucun patient n'a développé d'anticorps neutralisant dirigé contre la hyaluronidase humaine recombinante (rHuPH20). Trois patients (3/24 soit 12,5%) ont transitoirement développé des anticorps non-neutralisants anti-rHUPH20.

Aucune corrélation n'a été retrouvée entre le développement d'anticorps anti-rHuPH20 et l'efficacité ou la tolérance.

Dans une étude prospective de phase II/III aux Etats Unis, arrêtée prématurément, et une étude chez 1 526 patients recevant de la hyaluronidase dans le cadre de différents traitements des anticorps anti-rHuPH20 ont été détectés ; aucun n'était neutralisant, il n'y a eu d'impact ni sur la pharmacocinétique ou l'efficacité du médicament ni sur la hyaluronidase endogène.

Une étude descriptive sur des échantillons sanguins de population normale de 767 adultes et 129 enfants n'a pas pu établir de lien entre la présence d'anticorps anti-rHuPH20 dans le sang des patients et un éventuel impact sur la fertilité. Cependant, le plan de cette étude descriptive ne permettait pas de savoir si le taux d'anticorps anti-rHuPH20 avait été mesuré avant ou après la conception.

D'après le RCP, en rubrique 4.6 Fertilité, grossesse et allaitement, «Les effets des anticorps de la hyaluronidase humaine recombinante contenue dans HyQvia sur le développement de l'embryon et du fœtus chez les humains sont pour le moment inconnus.»

Dans le PGR, les informations limitées sur l'impact au long terme de développement d'anticorps anti rHUPH20 sont rapportées.

Discussion

La portée des conclusions de ces analyses réalisées chez l'enfant est limitée par les éléments suivants :

- les résultats d'efficacité sont issus d'une analyse en sous-groupe post-hoc à partir d'une étude de phase III et de sa phase d'extension.
- le nombre de patients de moins de 18 ans inclus dans l'étude de phase III est limité à 26 patients. Une étude PASS en cours prévoit d'inclure 40 enfants/adolescents supplémentaires (résultats attendus pour 2021)
- le suivi limité dans le temps chez les moins de 18 ans (2 ans de suivi en moyenne) nécessite d'obtenir des données à long terme dans cette population.
- aucun enfant âgé de 0 et 4 ans n'a été inclus dans l'étude.
- le manque de recul sur la tolérance liée à l'administration prolongée, en sous-cutanée de hyaluronidase humaine recombinante reste une préoccupation majeure, notamment dans la population pédiatrique. Il est rappelé qu'à ce jour aucun développement d'anticorps neutralisant anti-rHuPH20 n'a été rapporté.
- les données sur les troubles de la fertilité sont très limitées et la recherche d'anticorps anti-rHuPH20 ne fait pas partie des examens d'exploration des troubles de la fertilité chez l'homme et la femme²³.
- l'impact sur l'organisation du système de soin n'est pas assuré chez l'enfant. Une minorité de perfusions a été réalisée à domicile : 45,5% des perfusions pendant l'étude de phase III et 20% pendant la phase d'extension. Aucun site européen n'a participé à l'étude. La transposabilité de résultats n'est donc pas assurée.

²³ CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. La prise en charge du couple infertile. 2010

- compte tenu des données d'efficacité et de tolérance et des doutes sur la transposabilité des résultats, l'impact sur la morbi-mortalité et sur la qualité de vie n'est à ce jour pas démontré.

Les limites discutées dans l'avis de la Commission du 16 septembre 2015 de HYQVIA chez l'adulte dans le DIP s'appliquent également :

- « La méthodologie non comparative de l'étude de phase III et de son extension limite la pertinence des résultats
- Un nombre très faible d'événements en termes d'infections bactériennes graves a été observé chez les moins de 18 ans (taux = 0,08 par patient-année), alors que l'hypothèse initiale pour le calcul de la population cible prévoyait un taux à 0,7. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que tous les patients étaient prétraités en période 1 de l'étude. »

En conséquence, HYQVIA n'est pas susceptible de répondre au besoin médical couvert.

8.3.2 Hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes

Il est rappelé que cette indication fait suite à une harmonisation des RCP¹ de l'ensemble des Ig administrées par voie sous cutanée.

Dans cette indication, aucune donnée n'a été soumise pour appuyer la demande d'inscription.

08.4 Programme d'études

Une étude PASS en cours prévoit d'inclure 40 enfants/adolescents supplémentaires (résultats attendus pour 2021).

09 PLACE DANS LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

09.1 Déficits immunitaires primitifs chez l'enfant et l'adolescent (âgés de 0 à 18 ans)

Le traitement par immunoglobuline par voie IV ou SC concerne les patients ayant des déficits immunitaires primitifs avec défauts de production d'anticorps ou secondaires. Il convient de rappeler que chez les patients ayant un déficit immunitaire primitif ou secondaire avec hypogammaglobulinémie, la prévention des infections porte également sur les vaccinations anti-grippales et anti-pneumococciques.

Dans le déficit immunitaire primitif, l'intérêt du traitement substitutif du déficit humoral est établi²⁴. Chez l'enfant, ce traitement concerne toutes les variétés de déficits immunitaires génétiques responsables d'un déficit en IgG et/ou d'un défaut de production d'anticorps : agammaglobulinémie; déficit en IgG et IgA avec hyper IgM; hypogammaglobulinémie et/ou déficit de production d'anticorps isolé(s) ou survenant au cours des déficits immunitaires primitifs des lymphocytes T.

Le traitement par les Ig peut aussi être recommandé dans les déficits immunitaires en une ou plusieurs sous-classes d'IgG associés ou non à un déficit en IgA, en cas d'infections répétées.

L'administration d'Ig humaines polyvalentes se fait soit par voie intraveineuse toutes les 3 ou 4 semaines (en milieu hospitalier), soit par voie sous-cutanée hebdomadaire.

²⁴ CEDIT, Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques. Déficits immunitaires primitifs avec défaut de production d'anticorps, y compris l'allogreffe de moelle osseuse chez un patient ayant un déficit immunitaire primitif. Recommandations de Bon Usage des Ig IV polyvalentes. Comité d'experts Ig IV de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. 1/11/2006

Le traitement doit assurer un taux d'IgG résiduel (c'est-à-dire avant l'injection suivante d'Ig) d'au moins 5 à 6 g/l et approchant 8 g/l. Après le début du traitement par Ig par voie intraveineuse, l'équilibre s'effectue en 3 à 6 mois.

L'administration par voie sous-cutanée peut être substituée à la voie intraveineuse.

HYQVIA est une immunoglobuline ayant la particularité d'être co-administrée avec de la hyaluronidase humaine recombinante. A ce jour le recul sur les données de tolérance est faible, en particulier des incertitudes demeurent sur l'innocuité de l'usage chronique de la hyaluronidase : à court terme sur l'évolution de l'aspect de la peau (d'après avis d'expert) et à long terme sur la fertilité.

Place de HYQVIA dans la stratégie thérapeutique

Compte-tenu :

- de l'absence de donnée comparative versus les autres immunoglobulines humaines normales ayant les mêmes indications et utilisées par voie IV ou SC,
- du manque de recul notamment sur la tolérance liée à l'administration sous-cutanée de hyaluronidase humaine recombinante (exposition 3,3 ans au maximum) alors que le traitement sera prescrit au long terme,
- des incertitudes sur l'impact de la hyaluronidase humaine recombinante sur la fertilité, tout particulièrement chez l'enfant,
- et de l'existence d'alternative thérapeutique, aussi efficace et sans cette incertitude sur la tolérance,

la Commission considère qu'HYQVIA n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique des déficits immunitaires primitifs chez l'enfant.

09.2 Hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes

La transplantation de CSH allogéniques induit une forte immunosuppression. La prise en charge des patients implique donc une antibiothérapie prophylactique à large spectre associant notamment antibactérien, antiviraux, anti-germe opportuniste, antifongique pour limiter le risque infectieux chez ces patient. D'après avis d'expert, le traitement par immunoglobulines n'est pas systématique. Elles sont administrées en cas d'infections graves (germes résistants et/ou conduisant à une défaillance viscérale) ou en cas d'infections récurrentes sans gravité.

La fréquence et la durée de traitement est ajustée en fonction des résultats des bilans biologiques et des infections avec l'objectif d'obtenir un taux résiduel d'IgG > 8g/l.

L'administration par voie sous-cutané pourrait être une alternative à la voie IV.

HYQVIA est une immunoglobuline ayant la particularité d'être co-administrée avec de la hyaluronidase humaine recombinante. A ce jour le recul sur les données de tolérance est faible, en particulier des incertitudes demeurent sur l'innocuité de l'usage chronique de la hyaluronidase : à court terme sur l'évolution de l'aspect de la peau, et à long terme sur la fertilité.

Place de HYQVIA dans la stratégie thérapeutique

Chez l'enfant et l'adolescent (âgés de 0 à 18 ans)

Compte-tenu :

- de l'absence de donnée comparative versus les autres immunoglobulines humaines normales ayant les mêmes indications et utilisées par voie IV ou SC,
- du manque de recul notamment sur la tolérance liée à l'administration sous-cutanée de hyaluronidase humaine recombinante (exposition 3,3 ans au maximum),
- et de l'existence d'alternative thérapeutique,

HYQVIA n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique.

Chez l'adulte

La place d'HYQVIA est la même que celle des autres spécialités à base d'immunoglobulines humaines normales ayant les mêmes indications et utilisées par voie IV ou SC. La spécialité HYQVIA est une alternative thérapeutique supplémentaire qui permet une administration SC

mensuelle en un site unique (par rapport aux Ig I.V. administrées en un site de façon mensuelle et par rapport aux Ig SC administrées en plusieurs sites de façon hebdomadaire).

Compte tenu de l'absence de donnée comparative directe versus les autres immunoglobulines (IV ou SC) ainsi que de l'absence de donnée dans les déficits immunitaires secondaires et en instauration d'un traitement par Ig dans les déficits immunitaires primitifs, le choix d'une Ig par rapport à une autre ne peut être précisé. Ce choix dépend par ailleurs des caractéristiques et de la préférence du patient.

010 CONCLUSIONS DE LA COMMISSION

Considérant l'ensemble de ces informations et après débat et vote, la Commission estime :

010.1 Service Médical Rendu

10.1.1 Déficiets immunitaires primitifs chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

► Les déficits immunitaires primitifs sont des maladies graves qui ont pour conséquence une augmentation de la fréquence et de la gravité des infections, notamment bactériennes, atteignant essentiellement les poumons et la sphère ORL.

► HYQVIA entre dans le cadre du traitement à visée préventive.

► Le rapport efficacité/effets indésirables est faible en raison du manque de recul sur les données de tolérance de la co-administration avec de la hyaluronidase humaine recombinante alors que le traitement sera prescrit au long terme. De plus, bien que les données des essais cliniques et des études sur les volontaires sains n'aient pas mis en évidence de troubles de la fertilité, des incertitudes persistent sur l'impact à long terme de la hyaluronidase humaine recombinante sur la fertilité, notamment chez l'enfant.

► Il existe de nombreuses alternatives médicamenteuses : Ig administrées par voies SC et IV.

► HYQVIA, immunoglobuline associée à la hyaluronidase humaine recombinante, n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique.

► Intérêt de santé publique :

Compte-tenu de :

- la gravité des déficits immunitaires primitifs,
- la prévalence de ces maladies, estimées à environ 2 000 patients,
- l'existence de nombreuses alternatives : Ig administrées par voies SC et IV,
- l'impact sur la morbi-mortalité et sur la qualité de vie attendu mais qui n'a pas été démontré en l'absence d'étude comparative versus les autres Ig,
- son mode et de sa fréquence d'administration, cette immunoglobuline pourrait avoir un impact sur l'organisation du système de soins, dans la mesure où ce traitement peut être administré de façon mensuelle contrairement aux autres immunoglobulines sous-cutanée qui sont administrées de façon hebdomadaire et à domicile contrairement aux autres immunoglobulines IV. Cependant cet impact n'a pas été démontré et ne peut être quantifié. Il est rappelé que 45,5% des injections de l'étude de phase III ont été réalisées en ville et 20% d'injection dans l'étude d'extension.

HYQVIA n'est pas susceptible d'avoir un impact sur la santé publique.

En conséquence, la Commission considère que le service médical rendu par HYQVIA 100 mg/ml est insuffisant pour justifier d'une prise en charge pas la solidarité nationale dans le « traitement substitutif chez l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans) atteints de déficits immunitaires primitifs (DIP) avec production défailante d'anticorps ».

La Commission donne un avis défavorable à l'inscription sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités dans le « traitement substitutif chez l'enfant et l'adolescent (âgé de 0 à 18 ans) atteints de déficits immunitaires primitifs (DIP) avec production défailante d'anticorps » et aux posologies de l'AMM.

10.1.2 Hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes chez l'enfant de moins de 18 ans

- ▶ Les hypogammaglobulinémies secondaire dans le contexte des greffes sont des maladies graves qui ont pour conséquence une augmentation de la fréquence et de la gravité des infections.
- ▶ HYQVIA entre dans le cadre du traitement à visée préventive.
- ▶ Le rapport efficacité/effets indésirables ne peut être établi en raison de l'absence de donnée d'efficacité et du manque de recul sur la tolérance de la hyaluronidase alors que le traitement sera prescrit à long terme. L'innocuité de l'usage chronique n'a pas été démontré : à court terme sur l'évolution de l'aspect de la peau et à long terme sur la fertilité.
- ▶ Il existe de nombreuses alternatives médicamenteuses: Ig administrées par voies SC et IV.
- ▶ HYQVIA, immunoglobuline associée à la hyaluronidase, administré en complément des thérapeutiques à visée anti-infectieuse, n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique, avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes.

▶ Intérêt de santé publique :

Compte-tenu de ;

- la gravité des hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes,
- l'incidence faible des greffes de cellules souches,
- l'existence de nombreuses alternatives : Ig administrées par voies SC et IV,
- l'absence de donnée dans cette indication

HYQVIA n'est pas susceptible d'avoir un impact sur la santé publique.

En conséquence, la Commission considère que le service médical rendu par HYQVIA est insuffisant chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans dans le « traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie chez des patients avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes ».

La Commission donne un avis défavorable à l'inscription sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités, chez les enfants ou adolescents âgés de 0 à 18 ans, dans le « traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes » et aux posologies de l'AMM.

10.1.3 Hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes chez l'adulte

- ▶ Les hypogammaglobulinémies secondaire dans le contexte des greffes sont des maladies graves qui ont pour conséquence une augmentation de la fréquence et de la gravité des infections.
- ▶ HYQVIA entre dans le cadre du traitement à visée préventive.
- ▶ Le rapport efficacité/effets indésirables est modeste en l'absence de donnée d'efficacité spécifique et au regard du faible recul sur la tolérance de la hyaluronidase humaine recombinante.
- ▶ Il existe de nombreuses alternatives médicamenteuses : Ig administrées par voies SC et IV.
- ▶ Les immunoglobulines, associées aux médicaments à visée anti-infectieuse, sont un traitement de première intention dans la prise en charge des hypogammaglobulinémies avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes, HYQVIA représente une alternative thérapeutique supplémentaire.

► Intérêt de santé publique :

Compte-tenu de ;

- la gravité des infections en cas d'hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes
- la maladie rare
- l'existence de nombreuses alternatives : Ig administrées par voies SC et IV,
- l'impact de morbi-mortalité et de la qualité de vie qui pourrait éventuellement être attendu mais ne peut être quantifié étant donné l'absence d'étude comparative,
- l'absence de donnée dans cette indication HYQVIA n'est pas susceptible d'avoir un impact sur la santé publique.

En conséquence, la Commission considère que le service médical rendu par HYQVIA est important chez l'adulte dans le « traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie chez des patients avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes », et aux posologies de l'AMM.

La Commission donne un avis favorable à l'inscription sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités dans le « traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes » et aux posologies de l'AMM, chez des patients adultes âgés de plus de 18 ans et aux posologies de l'AMM.

010.2 Amélioration du Service Médical Rendu

10.2.1 Déficits immunitaires primitifs chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

Sans objet

10.2.2 Hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes chez l'enfant de moins de 18 ans

Sans objet

10.2.3 Hypogammaglobulinémie avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétique allogènes chez l'adulte

Bien qu'il n'y ait aucune données spécifiques dans cette indication mais au regard des données disponibles pour les autres Ig, la Commission considère que HYQVIA n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) dans la stratégie thérapeutique de prise en charge du traitement substitutif de l'hypogammaglobulinémie avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes, de l'adulte uniquement. La stratégie thérapeutique comprend les comparateurs cliniquement pertinents cités au chapitre 06.

010.3 Population cible

La population cible pour l'extension d'indication d'HYQVIA est représenté par les adultes nécessitant l'administration d'immunoglobulines dans le traitement substitutif des hypogammaglobulinémies avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes.

D'après l'Agence de la Biomédecine et la base ProMise, 1 936 patients ont été allogreffés représentant 1 964 greffes allogéniques en 2015 dont 240 enfants de moins de 18 ans,

représentant 248 allogreffes^{25,26}. Au cours de l'allogreffe de moelle osseuse, l'indication des immunoglobulines n'est pas systématique²⁷. Selon avis d'expert, 20 à 25% des patients suivis dans leur première année post-greffe reçoivent de l'Ig tous les mois ou tous les 2 mois.

Il y a donc 1 696 adultes ayant été allogreffés, et on peut estimer que 340 à 420 d'entre eux étaient susceptibles de recevoir des immunoglobulines.

La fréquence et la durée de traitement est ajustée en fonction des résultats des bilans biologiques et des infections avec l'objectif d'obtenir un taux résiduel d'IgG > 8g/l, sur une période allant de quelques mois à plusieurs années.

Conclusion

La population cible d'HYQVIA dans le traitement des hypogammaglobulinémies avant ou après transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes est comprise entre 340 et 420 patients adultes.

011 RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

► Réévaluation

La Commission souhaite réévaluer HYQVIA dès que des nouvelles données sur la tolérance liée à l'administration sous-cutanée de hyaluronidase humaine recombinante chez l'enfant seront disponibles.

²⁵Agence de la Biomédecine, Activité France <https://www.agence-biomedecine.fr/Activite-regionale-CSH>

²⁶Agence de la Biomédecine, Le rapport médical et scientifique du prélèvement et de la greffe en France <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/cellules/04-national/synthese.htm#figCSHG16>

²⁷Mouthon L, Berezne A, Le-Guern V, Guillevin L. Indications thérapeutiques actuelles des immunoglobulines intraveineuses (à l'exception du purpura thrombopénique auto-immun). *Hématologie* 2005 ; 11 (3) : 209-16