

---

# Résumé du rapport de synthèse n°6

Accès compassionnel

Ocytocine 44,44 UI/mL, solution pour pulvérisation nasale

Rapport n° 6 - Période du 21 juin 2024 au 20 décembre 2024

---

## 1- Introduction

L'Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a accordé le 20 décembre 2021, une autorisation d'accès compassionnel (AAC) pré-précoce pour Ocytocine 44,44 UI/mL, solution pour pulvérisation nasale dans l'indication suivante : « *Traitement des nouveau-nés et nourrissons atteints du syndrome de Prader-Willi après avis du centre de référence dans le cadre d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire* ». L'indication a été mise à jour le 07 décembre 2022 avec l'élargissement des critères d'octroi :

- « l'initiation du traitement chez des enfants âgés de plus de 6 mois (diagnostic tardif, prise en charge tardive dans un centre de compétence, complications graves retardant la mise en place du traitement, ...) pourra également être discutée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ».

La version 3 du PUT-SP a été publiée sur le site de l'ANSM le 04/01/2023 avec les modifications suivantes :

- mise à jour de la variable d'efficacité 1 (compétences alimentaires) impactant les visites V1, V3, V4, V5 et V6.
- ajout d'une radioscopie (vidéofluoroscopie) de déglutition avant l'initiation du traitement à V1, après traitement (V4) et à l'âge de  $18 \pm 2$  mois (V6) de l'enfant,
- ajout d'une visite V6 réalisée à l'âge de 18 mois ( $\pm 2$  mois) de l'enfant incluant un nouveau questionnaire sur le développement psychomoteur.

A ce jour, le médicament Ocytocine 44,44 UI/mL solution pour pulvérisation nasale ne bénéficie pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France et à l'étranger. Ce résumé du rapport de synthèse périodique n°6 couvre les données recueillies dans le cadre du protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients (PUT-SP) inclus dans l'AAC sur la période du 21/06/2024 au 20/12/2024 ainsi que les données collectées depuis le début de l'AAC.

## 2- Données recueillies

### a. Caractéristiques générales des patients / prescripteurs

#### Suivi des patients

Au cours de la période, 20 demandes d'AAC ont été acceptées par l'ANSM et reçues par la cellule AAC Ocytocine. Parmi les 20 patients inclus, des données confirmant l'administration du traitement ont été renseignées pour 16 d'entre eux. Ces 16 patients sont donc considérés comme patients exposés au traitement.

Depuis le début de l'AAC, 101 demandes d'AAC ont été acceptées par l'ANSM et reçues par la cellule AAC Ocytocine. Parmi les 101 patients inclus, des données confirmant l'administration du traitement ont été renseignées pour 97 d'entre eux. Ces 97 patients sont donc considérés comme patients exposés au traitement. Pour les 4 autres patients inclus, aucune donnée sur l'administration du traitement n'a pu être collectée au cours de la période couverte (fiches en attente). Le taux de collecte des données est considéré comme très satisfaisant.

La durée médiane de suivi des patients exposés dans l'AAC depuis la visite d'initiation était de 6,8 mois [0 ; 19,9]. La durée de médiane de traitement était de 59 jours ce qui correspond à la durée de traitement prévue dans la note d'information destinée aux professionnels de santé.

#### Caractéristiques générales des patients

**Tableau 1 : Caractéristiques générales des patients exposés**

Variable		Période (N=16)	Total (N=97)
Age (mois)	Médiane	3.50	3.60
Age corrigé (mois)	Médiane	3.35	3.30
Sexe	Masculin	10 (62.5%)	58 (59.8%)
	Féminin	6 (37.5%)	39 (40.2%)
Poids à la V1 (g)	Moyenne ± ET	4758.7 ± 1034.9	5176.4 ± 1251.5
	Médiane	4980.0	5081.0
	Min ; Max	2530 ; 6780	2530 ; 10130

#### Caractéristiques de la maladie

Les principales caractéristiques de la maladie sont présentées dans le **Tableau 2**.

**Tableau 2 : Principales caractéristiques de la maladie des patients exposés**

Variable		Période (N=16)	Total (N=97)
Age au diagnostic génétique du SPW (jours)	Médiane	12.0	16.0
Anomalie génétique responsable du SPW	Délétion	9 (56.3%)	49 (50.5%)
	Disomie	3 (18.8%)	19 (19.6%)
	NA	3 (18.8%)	14 (14.4%)
	Profil anormal de méthylation	0 (0.0%)	12 (12.4%)
	Absence d'expression SNRPN	0 (0.0%)	1 (1.0%)
	<i>Manquant</i>	1 (6.3%)	2 (2.1%)
<b>Modalités d'alimentation</b>			
Allaitement	Infantile	12 (75.0%)	73 (75.3%)
	Maternel	2 (12.5%)	8 (8.2%)
	Mixte	2 (12.5%)	16 (16.5%)
	<i>Manquant</i>	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Alimentation par sonde naso-gastrique (SNG)	Non	3 (18.8%)	8 (8.2%)
	Oui	13 (81.3%)	89 (91.8%)
	Antécédent de SNG	7 (53.8%)	53 (59.6%)
	En cours	5 (38.5%)	34 (38.2%)
	<i>Manquant</i>	1 (7.7%)	2 (2.2%)
Diversification alimentaire	Non	14 (87.5%)	75 (77.3%)
	Oui	2 (12.5%)	22 (22.7%)
	<i>Manquant</i>	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>Comorbidités</b>			
Hypotonie	Non	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Oui	16 (100.0%)	97 (100.0%)
	Légère	2 (12.5%)	10 (10.3%)
	Modérée	9 (56.3%)	38 (39.2%)
	Sévère	3 (18.8%)	45 (46.4%)
	<i>Manquant</i>	2 (12.5%)	4 (4.1%)
Episode évolutif engageant son pronostic vital et nécessitant une prise en charge en unité de soins d'urgence, associé à une comorbidité, telle que des troubles respiratoires, cardiovasculaires ou neurologiques sévères)	Non	14 (87.5%)	91 (93.8%)
	Oui	0 (0.0%)	4 (4.1%)
	<i>Manquant</i>	2 (12.5%)	2 (2.1%)

Les données auxologiques, les évaluations des compétences alimentaires et des compétences sociales et interactions ainsi que les régurgitations, les fausses routes et les épisodes d'infections respiratoires sont décrites à l'initiation et au cours du suivi dans les Sections *c. Données d'efficacité* et *d. Données de qualité de vie*.

### Caractéristiques des prescripteurs

Au cours de la période couverte par ce rapport, 10 centres ont participé à l'AAC avec 12 médecins ayant au moins un patient inclus dans l'AAC.

Depuis le début de l'AAC, 28 centres ont participé à l'AAC avec 40 médecins ayant au moins un patient inclus dans l'AAC. Les régions les plus représentées en termes de médecins participants étaient la Bretagne (6 médecins ; 15,0 %), le Grand-Est (5 médecins ; 12,5 %), l'Île-de-France (5 médecins ; 12,5 %) et les Pays de la Loire (5 médecins ; 12,5 %).

**Tableau 3 : Répartition géographique des prescripteurs**

Région	Période (N=12)	Total (N=40)
Bretagne	0 (0.0%)	6 (15.0%)
Grand-Est	1 (8.3%)	5 (12.5%)
Île-de-France	2 (16.7%)	5 (12.5%)
Pays de la Loire	1 (8.3%)	5 (12.5%)
Auvergne-Rhône-Alpes	2 (16.7%)	4 (10.0%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 (16.7%)	4 (10.0%)
Occitanie	1 (8.3%)	3 (7.5%)
La Réunion	0 (0.0%)	2 (5.0%)
Bourgogne-Franche-Comté	1 (8.3%)	2 (5.0%)
Centre-Val de Loire	0 (0.0%)	1 (2.5%)
Hauts-de-France	0 (0.0%)	1 (2.5%)
Normandie	1 (8.3%)	1 (2.5%)
Nouvelle-Aquitaine	1 (8.3%)	1 (2.5%)

**Tableau 4 : Spécialités des prescripteurs (cumul)**

Spécialité	Total (N=40)
PEDIATRIE	24 (60.0%)
ENDOCRINOLOGIE PEDIATRIQUE	11 (27.5%)
ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE	5 (12.5%)

## b. Conditions d'utilisation du médicament

La posologie recommandée décrite dans le PUT-SP est d'une pulvérisation dans chaque narine, une fois par jour à heure régulière, et de préférence le matin. La durée de traitement est de huit semaines.

Depuis le début de l'AAC, il a été rapporté 9 interruptions temporaires de prise traitement : 6 oublis, 3 évènements indésirables, 2 interruptions en raison du délai de récupération du 2<sup>nd</sup> flacon et une suspicion de surdosage. Hormis les arrêts de traitement pour fin de traitement tel que prévu dans le PUT-SP et la note d'information, 2 arrêts de traitement [1 pour décès non relié au traitement et 1 pour survenue d'effet indésirable suspecté lié au traitement (cf e. *Données de pharmacovigilance – cas n°202301659*)] ont été rapportés.

## c. Données d'efficacité

### Données auxologiques

Depuis le début de l'AAC, l'analyse cumulée des z-scores (ou déviations standards), basées sur les références staturo-pondérales établies par l'OMS des poids et tailles des patients, au cours du suivi dans l'AAC, semble montrer que le z-score du poids et de la taille des patients sont inférieurs à la normale et stables au cours de l'AAC, de V1 à V5. A V6, le z-score du poids semble plus proche de la normale (-0,40). Compte-tenu de la mise en place récente de la collecte de la fiche V6, une analyse complémentaire sera nécessaire pour mieux caractériser ces observations.

### Compétences alimentaires (Variable d'efficacité 1)

Les phases nutritionnelles décrites par Miller *et al.* sont présentées, pour l'ensemble des patients, quelle que soit la méthode de cotation, par visite dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 5 : Phases nutritionnelles de Miller à l'initiation et au cours du suivi**

Phases nutritionnelles de Miller	V1 (1 <sup>ère</sup> administration en présence d'un professionnel de santé) (N=97)	V3 Après 1 mois de traitement (N=84)	V4 Après 2 mois de traitement (fin de traitement) (N=83)	V5 Entre 3 et 6 mois après la fin du traitement (N=65)	V6 Aux 18 mois (± 2 mois) de l'enfant (N=41)
Phase 1a Hypotonie avec difficultés alimentaires	68 (70.1%)	37 (44.0%)	20 (24.1%)	5 (7.7%)	4 (9.8%)
Phase 1b Pas de difficultés alimentaires et croissance appropriée selon courbe	28 (28.9%)	43 (51.2%)	55 (66.3%)	50 (76.9%)	25 (61.0%)
Phase 2a Augmentation du poids sans augmentation de l'appétit ou apport calorique excessif	1 (1.0%)	2 (2.4%)	5 (6.0%)	10 (15.4%)	10 (24.4%)

<b>Phases nutritionnelles de Miller</b>	<b>V1</b> (1 <sup>ère</sup> administration en présence d'un professionnel de santé) <b>(N=97)</b>	<b>V3</b> Après 1 mois de traitement <b>(N=84)</b>	<b>V4</b> Après 2 mois de traitement (fin de traitement) <b>(N=83)</b>	<b>V5</b> Entre 3 et 6 mois après la fin du traitement <b>(N=65)</b>	<b>V6</b> Aux 18 mois (± 2 mois) de l'enfant <b>(N=41)</b>
Phase 2b Augmentation du poids avec augmentation de l'appétit	0 (0.0%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	2 (4.9%)
Phase non déterminable	0 (0.0%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<i>Manquant</i>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Alors que les patients (dont l'âge médian au moment de la visite d'initiation est de 3,6 mois) sont principalement dans la phase d'hypotonie et de difficultés alimentaires (phase nutritionnelle 1a), on observe au cours de l'AAC une évolution importante avec une sortie de cette phase critique vers la phase 1b, où les difficultés d'alimentation généralement observées à la naissance s'améliorent : le nourrisson tend à ne plus avoir besoin d'assistance pour s'alimenter, à avoir une courbe de croissance régulière, et un appétit normal.

Au cours du suivi après les 2 mois de traitement (visites V5 et V6), la transition de la phase 1a vers la phase 1b se poursuit et confirme l'évolution plus précoce vers la phase sans difficultés alimentaires : dans l'AAC ocytocine, le 3<sup>e</sup> quartile serait autour de l'âge de 9,8 mois contre 15 mois dans la littérature (Miller *et al.*, 2011). La plupart des patients initialement en phase 1b restent dans cette phase au cours du suivi.

## Compétences sociales et interactions (Variable d'efficacité 2)

L'évolution des compétences sociales et interactions est décrite dans le **Tableau 6**.

**Tableau 6 : Evolution des compétences sociales et des interactions au cours du suivi**

<b>Variable</b>		<b>V3</b> Après 1 mois de traitement <b>(N=84)</b>	<b>V4</b> Après 2 mois de traitement (fin de traitement) <b>(N=83)</b>	<b>V5</b> Entre 3 et 6 mois après la fin du traitement <b>(N=65)</b>	<b>V6</b> Aux 18 mois (± 2 mois) de l'enfant <b>(N=41)</b>
<b>Evolution de la sévérité des troubles (classes)</b>	Amélioration	76 (90.5%)	80 (96.4%)	63 (96.9%)	39 (95.1%)
	<i>Dont fortement ou très fortement améliorées</i>	40 (47.6%)	58 (69.9%)	55 (84.6%)	35 (85.4%)
	Pas de changement	6 (7.1%)	3 (3.6%)	1 (1.5%)	1 (2.4%)
	Aggravation	1 (1.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.4%)
	<i>Manquant</i>	1 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)

Depuis le début de l'AAC, de manière générale, on observe une amélioration des compétences sociales au cours du suivi. Alors que 88,7 % des nourrissons présentaient des troubles des compétences sociales et des interactions à la visite d'initiation, les médecins notent, au cours de la période de traitement, une amélioration chez la quasi-totalité des patients. L'amélioration est survenue dès 4 semaines de traitement (visite V3) mais semblait plus forte après 8 semaines de traitement (visite V4) :

- à la visite V3, une amélioration est notée chez 90,5 % des patients, avec une amélioration forte ou très forte pour 47,7 % des patients,
- à la visite V4, une amélioration est notée chez 96,4 % des patients, avec une amélioration forte ou très forte pour 69,9 % des patients.

L'amélioration des compétences sociales et des interactions se maintient au cours du suivi après le traitement, jusqu'à la visite V6, autour de l'âge de 18 mois.

### **Régurgitations (Variable 3)**

Au cours du traitement, la proportion de patients présentant des régurgitations reste stable, avec moins de la moitié des enfants présentant des régurgitations. A noter que les régurgitations sont une manifestation fréquente dans la population générale des nouveau-nés et nourrissons (observées chez près des 2/3 des nouveau-nés). On observe néanmoins une diminution de leur sévérité au cours de la période de traitement. Ces améliorations se poursuivent dans les visites de suivi après le traitement.

### **Fausses routes (Variable 4)**

38,1 % des enfants présentaient des signes de fausse route à l'initiation du traitement, contre 25,3 % après 8 semaines de traitement (V4). Plus précisément, sur ces patients qui présentaient des signes de fausse route à V1, 60,0 % n'en présentaient plus à V4. Ces améliorations pourraient ainsi réduire le risque de complications, potentiellement graves et fatales, telles que l'infection respiratoire, l'asphyxie, la mort subite du nourrisson. Ces améliorations se maintiennent dans les visites de suivi après traitement.

### **Episodes d'infections respiratoires (Variable 5)**

La fréquence de survenue des infections respiratoires (dont bronchiolites) au cours des visites de suivi est cohérente avec l'incidence des infections respiratoires dans la population générale des nourrissons, qui est de l'ordre de 30 % en ne tenant compte que des bronchiolites (Bulletin épidémiologique Bronchiolite 2022-2023 ; Santé Publique France).

### **Troubles de la déglutition (Variable 6)**

Les troubles de la déglutition sont évalués par une lecture centralisée des radioscopies de déglutition. A la visite d'initiation (V1) et en fin de traitement (V4), respectivement 24 et 19 radioscopies de déglutition ont été collectées.

De manière générale, une amélioration des troubles de déglutition est observée à la fin du traitement (V4) :

- 84,2 % des radioscopies concluait à des troubles de la déglutition vs 91,7 % (des radioscopies avec conclusion ; n=22) à la visite d'initiation V1 ;
- Dans plus de la moitié des cas (56,3 %), les troubles étaient considérés comme légers alors que 81,8 % des troubles étaient modérés ou sévères à la visite d'initiation V1 ;
- Concernant les facteurs de risque de complications des troubles de déglutition, potentiellement graves voire fatales :
  - o 68,4 % des radioscopies de déglutition montraient des résidus pharyngés, vs 66,7% à V1
  - o 36,8 % des examens montraient un défaut de protection des voies aériennes, vs 50,0 % à V1

Pour 16 patients, les radioscopies de déglutition ont été réalisées à la visite d'initiation (V1) et à la visite de fin de traitement (V4). L'évolution des troubles de déglutition (basées sur les conclusions de la lecture centralisée), était évaluable pour 15 patients :

- Une amélioration ou normalisation des troubles a été observée pour 10 patients (66,7 %). Pour 2 d'entre eux, leur radioscopie ne présentait plus de troubles de déglutition à la fin de la période de traitement ;
- Pas de changement de sévérité pour 4 patients.
- L'aggravation des troubles a été constatée pour un patient.

A la visite V6, réalisée vers l'âge de 18 mois, 19 radioscopies de déglutition ont été évaluées. Parmi elles, 13 patients (68,4 %) présentaient des troubles de la déglutition, considérés comme sévères dans 30,8 % des cas. Compte-tenu de la mise en place récente de visite V6, une analyse complémentaire sera nécessaire pour mieux caractériser ces observations.

#### d. Données de qualité de vie

Les données de qualité de vie ont été collectées via un questionnaire complété par le(s) parent(s) (ou le représentant légal du patient).

### Compétences alimentaires

L'évolution des compétences alimentaires est décrite dans le **Tableau 7**.

**Tableau 7 : Evolution des difficultés générales d'alimentation par classe au cours du suivi**

Variable		V3 Après 1 mois de traitement (N=84)	V4 Après 2 mois de traitement (fin de traitement) (N=83)	V5 Entre 3 et 6 mois après la fin du traitement (N=65)
Evolution des difficultés générales d'alimentation (classes)	Amélioration	57 (67.9%)	68 (81.9%)	50 (76.9%)
	<i>Dont fortement ou très fortement améliorées</i>	30 (35.7%)	46 (55.4%)	41 (63.1%)
	Pas de changement	22 (26.2%)	12 (14.5%)	5 (7.7%)
	Aggravation	2 (2.4%)	1 (1.2%)	1 (1.5%)



	<i>Manquant</i>	3 (3.6%)	2 (2.4%)	9 (13.8%)
--	-----------------	----------	----------	-----------

De manière générale, les questionnaires de qualité de vie rapportent une amélioration des compétences alimentaires au cours du suivi de l'AAC.

### **Compétences sociales et interactions**

L'ensemble des compétences sociales et interactions se sont améliorées au cours du suivi de l'AAC. Les questionnaires complétés par les parents décrivent, à la visite V4, par rapport à la visite d'initiation :

- que l'enfant réclame à manger dans 74,7 % des cas, vs 56,7 % en V1,
- que l'enfant est actif au cours de la tétée ou du repas dans 91,6 % des cas vs 46,4 % en V1 (par exemple en tenant la main ou le biberon pendant la tétée, ou la cuillère pendant le repas),
- que ces enfants sont moins endormis : 24,1 % des enfants dorment plus que la population générale, vs 56,7 % à V1.
- L'aptitude à chercher le contact ou à répondre aux interactions et celle à regarder le parent au cours de la tétée ou du repas étaient présentes dès la visite d'initiation chez la majorité des patients (72,2 % et 68,0 % respectivement), sans toutefois que ce questionnaire ne permette de préciser si cette aptitude était totalement normale ou diminuée. Néanmoins, ces aptitudes se sont aussi améliorées au cours du suivi et concernaient respectivement 95,6 % et 91,6 % à V4.

### **Développement psychomoteur (à la visite V6)**

Le développement psychomoteur est analysé à V6 c'est-à-dire à environ 18 mois d'âge. 31 questionnaires sont disponibles pour analyse à la DLP.

Pour la motricité globale, la plupart savait se tenir assis sans soutien ni aide (n=28 ; 90,3 %), à un âge médian de 12 mois. Plus de la moitié des enfants rampaient (53,7 %). Quatre des 31 enfants (12,9 %) avaient acquis la marche, à un âge médian de 17,5 mois.

Concernant la motricité fine, 68,3 % utilisaient la pince pouce-index, et 26,8 % mangeaient seuls à la cuillère.

Concernant la communication, plus de la moitié des enfants avaient déjà dit leur premier mot (56,1 %) et comprenaient une consigne simple (56,1 %). Près de la moitié des enfants montraient du doigt pour obtenir quelque chose (48,8 %) et savaient faire des jeux d'imitation (46,3 %). Un enfant savait associer 2 mots pour faire une phrase (2,4 %).

La collecte des données de cette variable est à poursuivre pour mieux caractériser l'impact du traitement sur le développement psychomoteur des enfants traités par rapport à ce qui est connu de l'évolution naturelle de la maladie.

e. Données nationales de pharmacovigilance

**Au cours de la période**, 1 cas de pharmacovigilance a été rapporté. Celui-ci était considéré comme non grave et rapportait un effet indésirable (EI) dont le PT était « Rhinitis ». Ce cas (n°202401934) rapportait une rhinite ayant duré 10 jours. Au cours de cet événement, le traitement a été interrompu pendant 2 jours en raison d'oublis. L'évolution a été favorable. Le médecin a considéré le lien de causalité entre l'évènement « rhinite » et le traitement comme potentiel.

Au cours de la période, 2 cas de situations particulières (dont 1 avec EI et 1 sans EI) ont été décrits :

- Omission de 2 administrations de produit par erreur rapportée avec l'EI « rhinite » (cf. cas n°202401934 ci-dessus) ;
- Omission d'une administration de produit par erreur rapportée sans EI (cas 202401960).

**Depuis le début de l'AAC**, 22 cas de pharmacovigilance ont été rapportés : 7 graves et 15 non graves ; aucun d'évolution fatale. Ces 22 cas rapportaient 32 effets indésirables (EI), tous inattendus.

**Tableau 8 : Nombre total d'EI par SOC et PT (cumul)**

SOC	Nombre d'effets indésirables graves		Nombre d'effets indésirables non-graves		Nombre total d'effets indésirables	
	Attendu	Inattendu	Attendu	Inattendu	Attendu	Inattendu
<b>Gastrointestinal disorders</b>						
Regurgitation				3		3
<b>General disorders and administration site conditions</b>						
Condition aggravated				2		2
Feeling hot				1		1
<b>Infections and infestations</b>						
Bronchiolitis		2		1		3
Influenza		1				1
Metapneumovirus bronchiolitis		1				1
Nasopharyngitis				2		2
Parainfluenzae virus infection		1				1
Respiratory syncytial virus bronchiolitis		1				1
Respiratory tract infection		1		6		7
Rhinitis				1		1
<b>Metabolism and nutrition disorders</b>						

SOC  MedDRA PT	Nombre d'effets indésirables graves		Nombre d'effets indésirables non-graves		Nombre total d'effets indésirables	
	Attendu	Inattendu	Attendu	Inattendu	Attendu	Inattendu
Poor feeding infant				2		2
Hyperhidrosis				1		1
<b>Nervous system disorders</b>						
Hypotonia				1		1
<b>Respiratory, thoracic and mediastinal disorders</b>						
Laryngeal cyst		1				1
Respiratory distress		1				1
<b>Skin and subcutaneous tissue disorders</b>						
Dry skin				1		1
Eczema				1		1
Erythema				1		1
<b>TOTAL</b>		<b>9</b>		<b>23</b>		<b>32</b>

Depuis le début de l'AAC, 2 cas avec EI ayant conduit à une modification du traitement/ interruption du traitement/ arrêt du traitement ont été rapportés :

- Cas n°202301659 rapportant une détresse respiratoire aiguë laryngée sur parainfluenzae 3, avec récurrence de kystes laryngés nécessitant une chirurgie et 9 jours de Ventilation non invasive (VNI). Le traitement a été arrêté. L'évolution a été favorable. Le médecin a considéré le lien de causalité entre les événements « détresse respiratoire », « infection à virus parainfluenzae », et « kystes laryngés » avec le traitement comme douteux.
- Cas n°202401826 rapportant une grippe survenue nécessitant une hospitalisation. Le traitement a été interrompu pendant 10 jours en raison de l'hospitalisation et d'oublis. L'évolution a été favorable. Le médecin a considéré le lien de causalité entre l'évènement « grippe » et le traitement comme douteux. Dans ce cas, la causalité de la pathologie sous-jacente (SPW) ne peut pas être exclue.

Au total, 11 cas de situations particulières (dont 5 avec des EI et 6 sans EI) ont été décrits :

- 6 interruptions temporaires en raison de l'oubli dans un contexte d'erreur (dont 3 avec EI)
- 5 autres cas d'erreurs médicamenteuses :
  - Un problème d'administration du produit (pour 5 à 6 pulvérisations) lors de l'administration dans l'une des deux narines, sans information complémentaire ainsi qu'un manque d'efficacité (diminution des capacités à téter et ré-augmentation du temps de tétée)

- Une utilisation du produit dans une seule narine. Cela était fait en raison d'une sonde naso-gastrique. Cette situation étant décrite dans la note d'information, elle ne constitue pas un mésusage. Un manque d'efficacité a également été rapporté (absence de changement dans les difficultés d'alimentation du patient entre le début et la fin du traitement).
- Une erreur de compréhension de l'utilisation du produit de la part de parents
- L'administration d'une dose incorrecte avec parfois 3 pulvérisations par la mère au lieu d'une dans chaque narine
- L'utilisation d'un seul flacon pendant les 2 mois de traitement, sans interruption de traitement, ni évènement indésirable

Aucun signal de sécurité concernant Ocytocine 44,44 UI/mL, n'a été identifié.

### 3- Conclusion

Ce 6<sup>ème</sup> rapport de l'AAC Ocytocine couvre la période du 21 juin 2024 au 20 décembre 2024 ainsi que les données cumulées depuis le début de l'AAC (20 décembre 2021).

Au cours de cette période, des autorisations ont été délivrées par l'ANSM pour 20 patients. Des données confirmant l'administration du traitement ont été recueillies pour 16 d'entre eux (80,0 %). Depuis le début de l'AAC, des autorisations ont été délivrées par l'ANSM pour 101 patients. Des données confirmant l'administration du traitement ont été recueillies pour 97 d'entre eux (96,0 %). Le taux de collecte des données est considéré comme très satisfaisant.

A l'initiation du traitement (à un âge médian de 3,6 mois), les enfants présentent tous une hypotonie, considérée comme sévère dans 46,4 % des cas. 70,1 % des patients étaient en phase nutritionnelle 1a, phase caractérisée par l'hypotonie et l'incapacité à s'alimenter, et 28,9 % étaient en phase 1b.

Les données rapportées par les médecins montrent **une amélioration des compétences alimentaires** de l'enfant au cours du suivi dans l'AAC, avec une transition de la phase 1a vers la phase 1b. L'amélioration semble plus importante après 8 semaines de traitement (V4) qu'après 4 semaines (V3) : parmi les patients en phase 1a au moment de l'initiation, 60,3 % étaient en phase 1b à la visite V4, contre 37,9 % à la visite V3. La transition de la phase 1a vers la phase 1b, sans difficulté alimentaire, semble survenir de manière plus précoce (avant l'âge médian de 5,5 mois) que ce qui est classiquement rapporté dans la littérature (9 mois). En parallèle, les questionnaires de qualité de vie complétés par les parents montrent une amélioration des compétences alimentaires dans 81,9 % des cas après traitement (V4).

Il a également été observé **une diminution progressive des signes évocateurs de fausses routes** ainsi qu'une diminution de leur fréquence. A la visite d'initiation, ces fausses routes sont reportées pour 38,1 % des patients et surviennent dans 54,1 % des cas au moins une fois par jour. Après traitement (V4), elles sont reportées chez moins de 25,3 % des patients et surviennent au moins une fois par jour dans 47,6 % des cas.

Les radioscopiques de déglutition réalisées à la visite d'initiation (V1) et en fin de traitement (V4) confortent l'amélioration des troubles de déglutition après traitement par ocytocine. Alors que toutes les radioscopiques réalisées à la visite d'initiation montraient des troubles de déglutition,

pour la plupart de sévérité modérée ou sévère, celles réalisées après les 2 mois de traitement (V4) retrouvent des troubles de déglutition dans 84,2 %, de sévérité légère dans 56,3 % des cas. Concernant les sous-domaines connus pour être des facteurs de risque de complications des troubles de déglutition, des résidus pharyngés étaient retrouvés sur 69,6 % des radioscopies à la visite d'initiation et dans 68,4 % à la fin de traitement (V4), tandis que la protection des voies aériennes, était anormale dans 52,2 % à la visite d'initiation et dans 36,8 % à la fin du traitement (V4).

L'évolution de ces troubles entre l'initiation (V1) et la fin de traitement (V4) a pu être analysée pour 15 patients : chez 4 patients, la sévérité des troubles n'a pas changé tandis que chez 10 patients (66,7 %), une amélioration des troubles a été notée, avec une diminution de la sévérité (n=8) ou une disparition (n=2) des troubles de déglutition.

Les médecins rapportent également une **nette amélioration des troubles des compétences sociales et des interactions** chez plus de 95 % des patients, avec une amélioration décrite comme forte ou très forte chez près plus de 2/3 des patients. Cette amélioration survient dès 4 semaines de traitement (visite V3) et semble plus forte après 8 semaines de traitement (visite V4). En ligne avec les retours des médecins, les parents ont également rapporté une amélioration des compétences sociales et des interactions (enfant actif au cours de la tétée, réclame à manger et dort moins). Ces changements sont confirmés avec les données de la visite V5, soit 3 à 6 mois après la fin du traitement.

La collecte des données sur le **développement psychomoteur** et la communication, autour des 18 mois de l'enfant, se poursuit, avec 31 questionnaires reçus. Une analyse complémentaire des données sera nécessaire pour mieux caractériser l'effet du traitement sur le développement psychomoteur par rapport à ce qui est connu de l'évolution naturelle de la maladie.

En conclusion, au cours du traitement, **une amélioration globale de l'état clinique** est observée, tout particulièrement au niveau des compétences alimentaires et sociales. Et les visites de suivi après la fin de traitement (visites V5 et V6), confirment les améliorations globalement observées au cours du traitement.

Le profil de sécurité de l'Ocytocine 44,44 UI/mL, solution pour pulvérisation nasale est confirmé. Aucun signal de sécurité n'a été mis en évidence, aucun signal de mésusage n'a été constaté. L'observance au traitement est très satisfaisante.

En conclusion, les données d'efficacité et de sécurité collectées durant cette période, dans le cadre du PUT-SP, suggèrent un rapport bénéfice/risque positif de l'Ocytocine 44,44 UI/mL, solution pour pulvérisation nasale.