

Cas clinique n°3

Séminaire Inter-Régional
DES de Pharmacie Besançon : 30 & 31 mars 2017

Contexte

- M R. Jacques – 62 ans – 96 kg
- ATCD :
 - Médicaux :
 - Diabète, Angor, IRC (néphropathie diabétique)
 - Chirurgicaux :
 - Amputation de la jambe gauche sur artériopathies
- Hospitalisé pour surcharge, poursuite de la prise en charge de son insuffisance rénale



Données biologiques à l'entrée

	Valeur	Normales	Interprétation
Hémoglobine	11,2 g / dL	13 - 17	Anémie
Hématocrite	0,334	0,395 – 0,505	
CCMH	33,5 g/dL	31,5 – 36,5	Normochrome
VGM	90,3 fL	80 - 100	Normocytaire
Protéines Totales	65 g /L	64-82	
Albumine	31 g/L	34-50	Hypoalbuminémie
Urée	26,8 mmol/L	2,5-6,4	
Créatinine	330,2 µmol/L	65-130	Clairance diminuée
Potassium	3,5 mmol/L	3,5-5,1	
Calcémie corrigée	2,46 mmol/L	2,15-2,57	NormoCalcémie
Phosphore	1,79 mmol/L	0,64-1,14	Hyperphosphorémie



Données biologiques à l'entrée

	Valeur	Normales	Interprétation
Hémoglobine	11,2 g / dL	13 - 17	Anémie*
Hématocrite	0,334	0,395 – 0,505	
CCMH	33,5 g/dL	31,5 – 36,5	Normochrome
VGM	90,3 fL	80 - 100	Normocytaire
Protéines Totales	65 g /L	64-82	
Albumine	31 g/L	34-50	Hypoalbuminémie*
Urée	26,8 mmol/L	2,5-6,4	
Créatinine	330,2 µmol/L	65-130	Clairance diminuée*
Potassium	3,5 mmol/L	3,5-5,1	
Calcémie corrigée	2,46 mmol/L	2,15-2,57	NormoCalcémie*
Phosphore	1,79 mmol/L	0,64-1,14	Hyperphosphorémie*

* TABLEAU BIOLOGIQUE CLASSIQUE DE L'IRC

Prise en charge Thérapeutique

AAS-Lysine 75 mg	Kardégic®	1 le midi
Bisoprolol 1,25 mg	Cardensiel®	1 le matin
Pravastatine 20 mg		2 le soir
Fer		1 inj par mois
EPO 100 µg	Aranesp®	1 / semaine
Sévélamer Carbonate 800 mg	Renvela®	1 / jour
Zopiclone 7,5 mg	Imovane®	½ comp le soir
Allopurinol 100 mg	Zyloric®	2 comp / jour
Levemir		62 UI le soir
Humalog		rattrapages
Escitalopram 20 mg	Seroplex ®	2 le matin



Objectifs thérapeutiques

- Cardio-Vasculaire

AAS-Lysine 75 mg	Kardégic®	1 le midi
Bisoprolol 1,25 mg	Cardensiel®	1 le matin
Pravastatine 20 mg		2 le soir

Angor : AAP + B Bloquant + statine

Prise en Charge Facteurs de Risque CV

âge – hérédité – sexe masculin

tabac – sédentarité – surpoids – diabète

HTA – dyslipidémies



Objectifs thérapeutiques

- Cardio-Vasculaire

AAS-Lysine 75 mg	Kardégic®	1 le midi
Bisoprolol 1,25 mg	Cardensiel®	1 le matin
Pravastatine 20 mg		2 le soir

Statines et Adaptation Posologique à la fonction rénale

Toutes statines concernées (Simva-Prava-Fluva-Rosuva)

- SAUF Atorvastatine
- Associations =
 - Pravadual® (40 mg pravastatine)
 - Inegy® (jusqu'à 40 mg simvastatine)



Modalités d'adaptation FR

- ▶ Adaptation de la dose :
 - ▶ Diminuer la dose unitaire et conserver l'intervalle d'administration
- ▶ Adaptation de l'intervalle :
 - ▶ Augmenter l'intervalle d'administration en conservant la même dose unitaire
- ▶ Adaptation mixte :
 - ▶ Adaptation de la dose unitaire et de l'intervalle



Objectifs thérapeutiques

- Rénal

AAS-Lysine 75 mg	Kardégic®	1 le midi
Bisoprolol 1,25 mg	Cardensiel®	1 le matin
Pravastatine 20 mg		2 le soir
Fer		1 inj par mois
EPO 100 µg	Aranesp®	1 / semaine
Sévélamer Carbonate 800 mg	Renvela®	1 / jour



Objectifs thérapeutiques

- Rénal

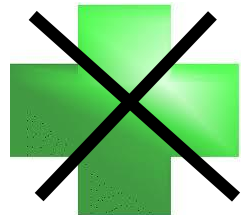
AAS-Lysine 75 mg	Kardégic®	1 le midi
Bisoprolol 1,25 mg	Cardensiel®	1 le matin
Pravastatine 20 mg		2 le soir
Fer		1 inj par mois
EPO 100 µg	Aranesp®	1 / semaine
Sévélamer Carbonate 800 mg	Renvela®	1 / jour

Traitements Adaptés à IRC

- Supplémentation Fer
- PeCh Anémie (par diminution synthèse)
- PeCh Hyperphosphorémie (par Hyper parathyroïdie secondaire)

⇒ Adaptation posologique selon résultats biologiques

⇒ Pas d'intérêt pour intervention pharmaceutique



Objectifs thérapeutiques

- Difficultés d'endormissement

AAS-Lysine 75 mg	Kardégic®	1 le midi
Bisoprolol 1,25 mg	Cardensiel®	1 le matin
Pravastatine 20 mg		2 le soir
Fer		1 inj par mois
EPO 100 µg	Aranesp®	1 / semaine
Sévélamer Carbonate 800 mg	Renvela®	1 / jour
Zopiclone 7,5 mg	Imovane®	½ comp le soir



Objectifs thérapeutiques

- Difficultés d'endormissement

AAS-Lysine 75 mg	Kardégic®	1 le midi
Bisoprolol 1,25 mg	Cardensiel®	1 le matin
Pravastatine 20 mg		2 le soir
Fer		1 inj par mois
EPO 100 µg	Aranesp®	1 / semaine
Sévélamer Carbonate 800 mg	Renvela®	1 / jour
Zopiclone 7,5 mg	Imovane®	½ comp le soir

Zopiclone :

- Débuter à demi-doses chez IRC : idem que si Sujet Agé
- Ne pas dépasser 7,5 mg / jour

Zolpidem (STILNOX)

=> non concerné si IR

=> concerné si sujet âgé



Zopiclone – extrait RCP Vidal

Dose

Dans tous les cas, le traitement sera initié à la dose efficace la plus faible et la dose maximale ne sera pas dépassée.

La prise aura lieu immédiatement avant le coucher.

La posologie habituelle est:

- Adulte de moins de 65 ans: 7,5 mg par jour.
- Sujet âgé de plus de 65 ans: la posologie recommandée est de 3,75 mg par jour et ne peut être qu'exceptionnellement portée à 7,5 mg.
- Sujet insuffisant hépatique ou en cas d'insuffisance respiratoire modérée: la posologie recommandée est de 3,75 mg par jour ([voir rubrique Pharmacocinétique](#)).
- Sujet insuffisant rénal: il est recommandé de commencer le traitement par 3,75 mg par jour ([voir rubrique Pharmacocinétique](#)).

Dans tous les cas, la posologie ne doit pas dépasser 7,5 mg par jour.



Objectifs thérapeutiques

- Diabète + Syndrome dépressif

Levemir®

62 UI le soir

Humalog®

Rattrapages

Escitalopram 20 mg

Seroplex® 2 le matin



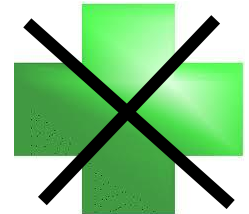
Objectifs thérapeutiques

- Diabète + Syndrome dépressif

Levemir®	62 UI le soir
Humalog®	Rattrapages
Escitalopram 20 mg	Seroplex® 2 le matin

Traitements Adaptés aux ATCD patient :

- PeCh Diabète type II (DNID)
- PeCh Syndrome Dépressif
- Peu d'adaptation à FR pour médicament Neuro-Psy
 - Fréquemment prescrit : Venlafaxine LP (EFFEXOR)
 - Lithium
 - Marge Thérapeutique Etroite



Objectifs thérapeutiques

- Diabète + Syndrome dépressif

Levemir®	62 UI le soir
----------	---------------

Humalog®	Rattrapages
----------	-------------

Escitalopram 20 mg	Seroplex® 2 le matin
--------------------	----------------------

SEROPLEX® **escitalopram**

[Formes et présentations](#) | [Composition](#) | [Indications](#) | [Posologie et mode d'administration](#) | [Contre-indications](#) | [Mises en garde et précautions d'emploi](#) | [Interactions](#) | [Fertilité/grossesse/allaitement](#) | [Conduite et utilisation de machines](#) | [Effets indésirables](#) | [Surdosage](#) | [Pharmacodynamie](#) | [Pharmacocinétique](#) | [Sécurité préclinique](#) | [Incompatibilités](#) | [Modalités de conservation](#) | [Modalités manipulation/élimination](#) | [Prescription/délivrance/prise en charge](#)

DC POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION [\(début page\)](#)

La sécurité à des posologies supérieures à 20 mg (soit 20 gouttes pour la solution buvable) par jour n'a pas été démontrée. Seroplex est administré en une seule prise journalière pendant les repas ou à distance de ceux-ci.



Objectifs thérapeutiques

- Hyperuricémie

EPO 100 µg	Aranesp®	1 / semaine
Sévélamer Carbonate 800 mg	Renvela®	1 / jour
Zopiclone 7,5 mg	Imovane®	½ comp le soir
Allopurinol 100 mg	Zyloric®	2 comp / jour



Objectifs thérapeutiques

- Hyperuricémie

EPO 100 µg	Aranesp®	1 / semaine
Sévélamer Carbonate 800 mg	Renvela®	1 / jour
Zopiclone 7,5 mg	Imovane®	½ comp le soir
Allopurinol 100 mg	Zyloric®	2 comp / jour

Adaptation FR :

Clairance de la créatinine	Dose maximale préconisée
80 < Cl Cr < 100 ml/mn	300 mg/j
40 < Cl Cr < 80 ml/mn	200 mg/j
20 < Cl Cr < 40 ml/mn	100 mg/j
Cl Cr < 20 ml/mn	100 mg/1 jour sur 2



Lettre aux professionnels de santé

Février 2013

Allopurinol et risque de survenue de toxidermies graves

Information destinée aux prescripteurs et aux pharmaciens

Madame, Monsieur, cher Confrère,

L'allopurinol est un inhibiteur de la xanthine oxydase commercialisé depuis plus de 40 ans. Ce médicament est la première cause de toxidermies bulleuses graves en Europe et est l'un des premiers pourvoyeurs de syndromes DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) dans le monde. Il est notamment indiqué dans le traitement des hyperuricémies symptomatiques, de la goutte, ainsi que dans le traitement et la prévention des lithiases uriques et calciques.

La persistance des signalements d'effets indésirables cutanés graves a conduit l'ANSM à une analyse rétrospective des observations rapportées au système national de pharmacovigilance portant sur une période de trois ans (2008-2010).

Cette analyse a mis en évidence :

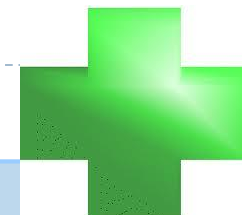
- une incidence élevée estimée en moyenne à 1 cas pour 2000 nouveaux patients traités, des toxidermies graves à l'allopurinol (incluant syndromes de Lyell, de Stevens-Johnson et DRESS) survenant le plus souvent au cours des deux premiers mois du traitement, avec parfois une issue fatale,
- une prédominance féminine,
- un non-respect des recommandations d'adaptation de la posologie à la fonction rénale dans environ la moitié des cas,
- un lien entre posologies élevées et risque de survenue de toxidermies graves,
- une utilisation hors AMM fréquente,
- une prise en charge retardée due à une méconnaissance de ce risque par les professionnels de santé et les patients.

A l'issue de cette analyse, 60% des cas signalés étaient jugés évitables en raison d'une indication non justifiée.

L'ANSM souhaite donc attirer l'attention des professionnels de santé sur la nécessité de :

- respecter les indications de l'allopurinol et donc ne pas instaurer de traitement en cas d'hyperuricémie asymptomatique,
- mettre en œuvre les nouvelles recommandations d'augmentation progressive de la posologie d'allopurinol lors de son instauration et ce, chez tous les patients quelle que soit leur fonction rénale,
- adapter la posologie usuelle en fonction de l'uricémie qui doit être régulièrement contrôlée,
- connaître et informer les patients du risque de survenue de réactions cutanées graves, incluant syndromes de Lyell, de Stevens-Johnson et DRESS. Ces toxidermies surviennent le plus souvent dans les deux mois qui suivent l'instauration du traitement,
- informer les patients de la nécessité d'arrêter immédiatement le traitement par allopurinol en cas de survenue d'une éruption cutanée ou d'autres signes d'hypersensibilité, avant même une consultation médicale. Un avis médical doit être pris rapidement, l'arrêt précoce du traitement étant à l'origine d'un meilleur pronostic de ces effets indésirables.

Mesures de Protection FR / Patient

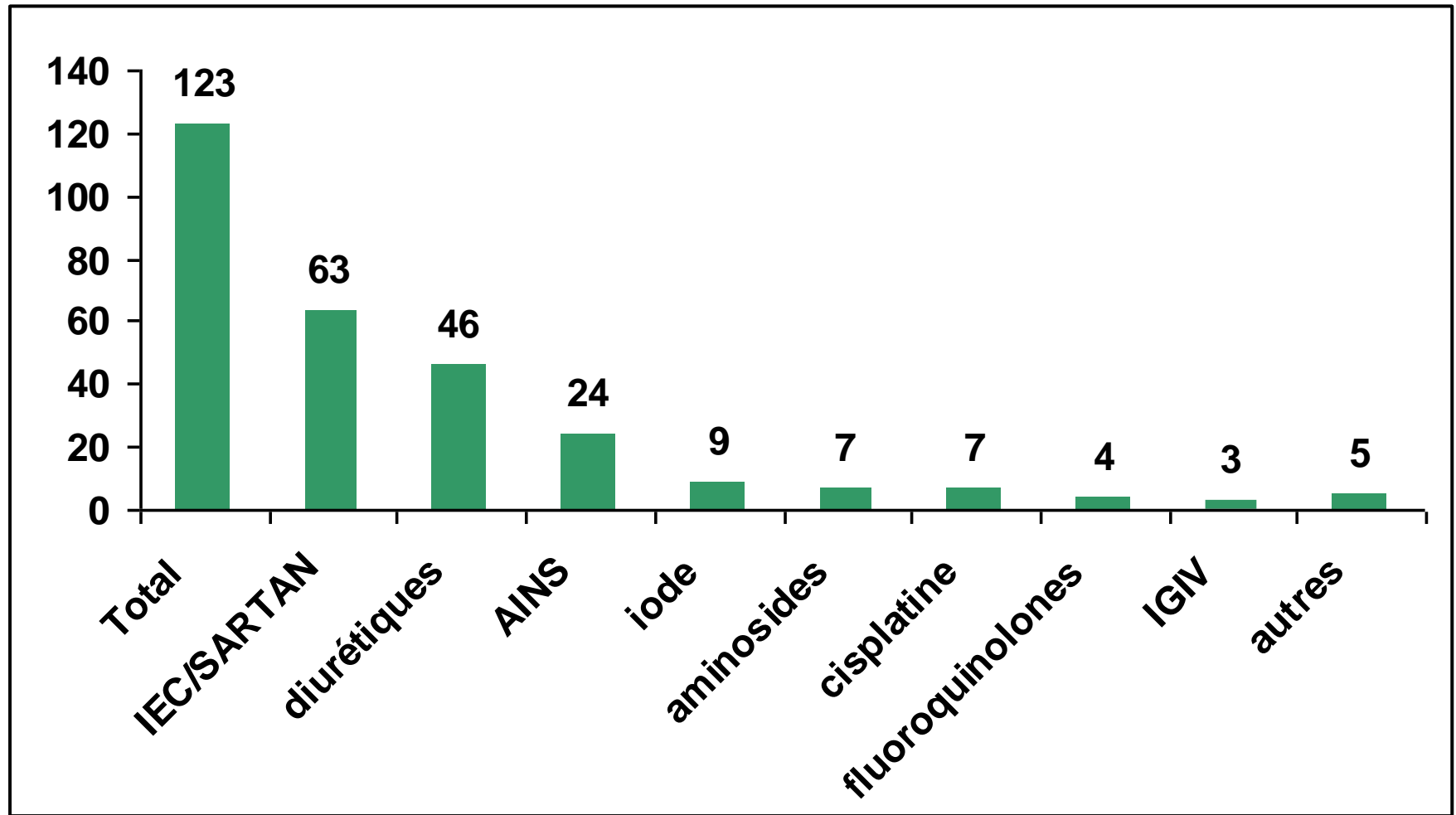


Information à donner	Compétences attendues
Médicaments : principaux médicaments néphrotoxiques ⁵ (y compris phytothérapie)	Connaître les médicaments néphrotoxiques Comprendre l'intérêt d'éviter l'automédication (se renseigner auprès du médecin ou du pharmacien) Connaître les risques d'accumulation et d'effets indésirables des médicaments à élimination rénale
Examens radiologiques comportant injections de produits de contraste iodés, de gadolinium	Connaître les précautions à prendre lors d'examens radiologiques, pour être capable de prévenir les praticiens
Risque professionnel : plomb, mercure, cadmium, solvants organiques... impliquer le médecin du travail	Connaître les précautions à prendre dans le cas d'exposition professionnelle, pour être capable d'en parler avec le médecin du travail
Rôle aggravant du tabac	Comprendre l'importance de l'arrêt du tabac (annexe 5)
Risque cardio-vasculaire lié au tabac	

Médicaments & IRA : quels Risques ?

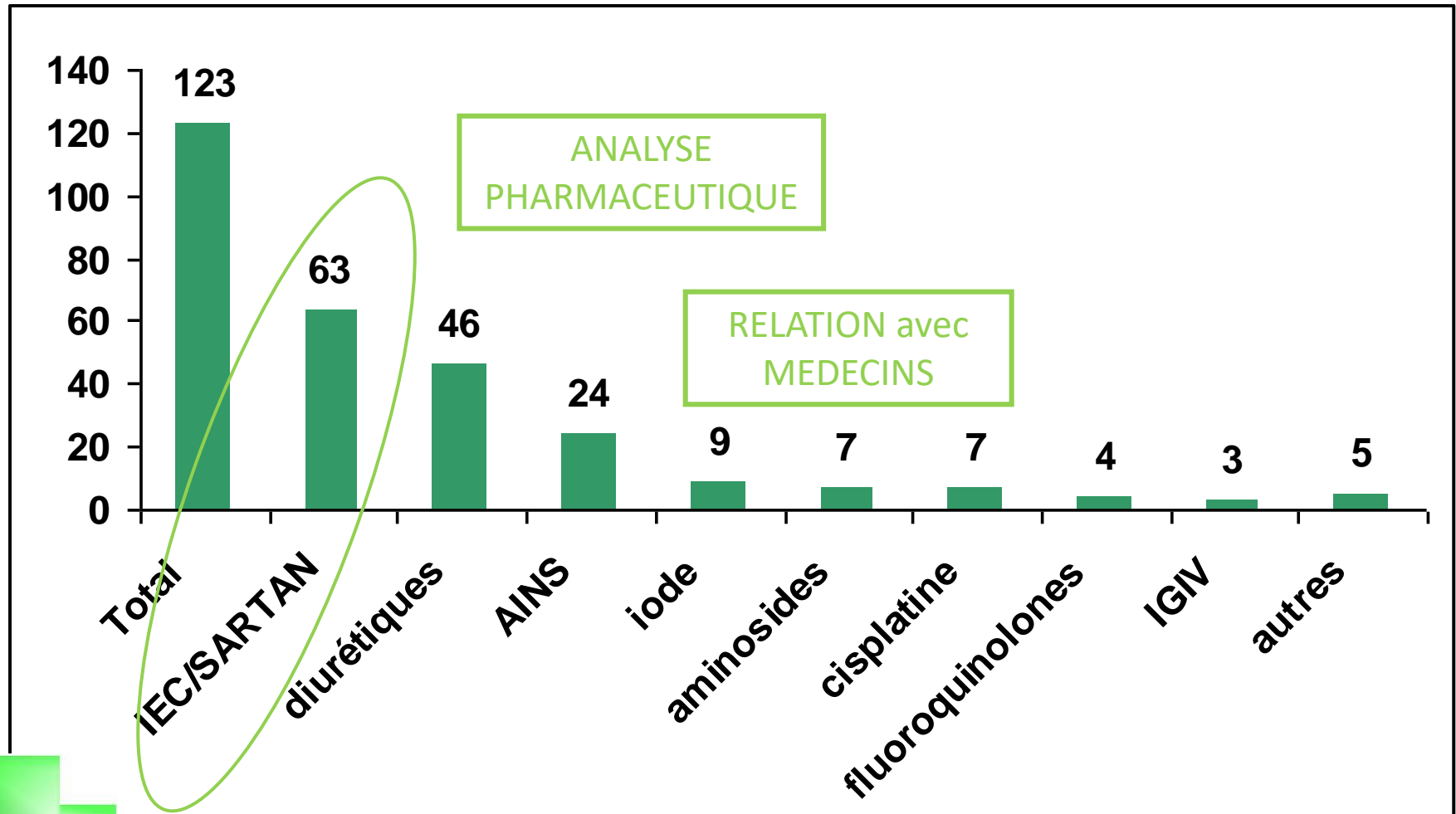
Etiologie de l'IRA	Pourcentage
Médicaments	37,3% (123)
Déshydratation	36% (126)
Instabilité hémodynamique	15,1% (53)
Obstacle	11% (38)
Décompensation cardiaque	9,7% (32)
Glomérulopathies	7,8% (27)
Myélome	5,7% (20)
Syndrome hépato-rénal	2,1% (7)
Embolie/sténose artère rénale	2,1% (7)
Rhabdomyolyse aiguë	1,8% (6)
HTA maligne	1,5% (5)
Fièvre hémorragique	1,5% (5)
Maladie des emboles de cholestérol	1% (4)
Microangiopathie thrombotique	0,6% (2)

Quels Médicaments à Risques ?



Source : J Bamoulid – causes IRA entre 2001 et 2004 – CHRU Besançon

Quels Médicaments à Risques ?



Source : J Bamoulid – causes IRA entre 2001 et 2004 – CHRU Besançon

Double blocage IEC – ARA II (aliskiren)



- Pas d'effet sur mortalité cardiovasculaire
 - + 7 % mortalité si pas d'insuffisance cardiaque
 - + 66 % risque hypotension
 - + 41 % risque insuffisance rénale
 - + 55 % risque hyper kaliémie
 - + 27 % arrêt traitement pour intolérance
- Dans l'attente de la décision finale sur cet arbitrage, l'ANSM recommande d'ores et déjà de prendre en compte ces nouvelles recommandations de précaution d'emploi pour les traitements par le double blocage avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et l'aliskiren.
- Double association déconseillée
- Néphropathie diabétique => NON à asso IEC et ARA II
=> NON à asso Aliskiren + IEC ou ARA II

29/01/2013

PRAC avis du 11/04/2014

CHMP 22/04/2014



Médicaments à Risque

MÉDICAMENTS ASSOCIES A LA SURVENUE D'UNE IRA PRERENALE

- ▶ Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- ▶ Antagonistes des récepteurs de l'Angiotensine 2
- ▶ Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

MÉDICAMENTS ASSOCIES A LA SURVENUE D'UNE NECROSE TUBULAIRE AIGUE

- ▶ AINS
- ▶ Aminosides
- ▶ Amphotéricine B
- ▶ Nombreuses chimiothérapies anti-cancéreuses
- ▶ Produits de contraste iodés

MÉDICAMENTS ASSOCIES A LA SURVENUE DE NEPHRITE INTERSTITIELE AIGUE

- ▶ Pénicillines
- ▶ Céphalosporines
- ▶ Rifampicine
- ▶ Sulfamides
- ▶ AINS

MÉDICAMENTS ASSOCIES A LA SURVENUE D'UNE OBSTRUCTION DANS LES VOIES URINAIRES

- ▶ Acyclovir
- ▶ Sulfadiazine
- ▶ Methotrexate
- ▶ Indinavir

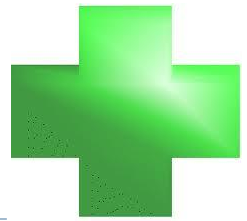


Conseils Diététiques



Équilibre alimentaire, apports énergétiques (30 à 40 kcal/kg/j)	Savoir en quoi consiste une alimentation équilibrée adaptée à ses besoins nutritionnels et mettre en œuvre les modifications nécessaires pour y parvenir
Apports en eau : ni restreint ni forcé, adapté à la soif et à la diurèse, proche 1,5 l/j	Savoir gérer l'état d'hydratation : adapter les apports liquidiens en fonction de la diurèse et de situations particulières : œdème, risques de déshydratation (hyperthermie, diarrhée, vomissements, canicule ou forte chaleur)
Sel : limiter à moins de 6 g/j ⁶	Savoir adapter la restriction sodée Connaître les situations où il convient d'augmenter les apports en sel pour compenser la perte de sel
Protéines : normaliser la consommation entre 0,8 et 1 g/kg/j à partir du stade 3	Contrôler les apports en protéines et moduler en fonction du risque de dénutrition
Calcium, phosphore, potassium (teneur des aliments)	Connaître les aliments riches en phosphore, en calcium et en potassium (annexe 7) et adapter suivant ses besoins (↑K ⁺ , troubles phosphocalciques)

Recommandations diététiques IRC



- ▶ Apport de **POTASSIUM**
- ▶ Recommandation pour limiter le potassium dans son alimentation :
**par jour se limiter à 1 crudité, 1 plat de légume cuit ou de pommes de terre,
1 fruit cuit et 1 fruit cru.**
- ▶ Les **légumes et les pommes de terre doivent être épluchés, coupés en petits morceaux et trempés pendant 2 à 3 heures**, avant d'être cuits à grande eau. En effet, le potassium est soluble dans les eaux de trempage et de cuisson. L'eau de cuisson ne doit pas être consommée, il est indispensable pour ces aliments d'éviter de pratiquer des cuissons à la vapeur, au micro-ondes, ... dont le but est de conserver minéraux et vitamines. Les **fruits crus seront pelés**, car le potassium s'accumule plus particulièrement dans la peau.
- ▶ Les aliments les plus riches en potassium sont :
 - ▶ sel de régime (= chlorure de potassium) ;
 - ▶ **fruit oléagineux** : cacahuètes, pistaches, noix, noisettes, avocats... et les aliments en contenant (nougat, pâte d'amande...) ;
 - ▶ **fruit secs** : abricots, figues, raisins, dattes, bananes, châtaignes... et les aliments en contenant (crème de marron...) ;
 - ▶ **légumes secs** : lentilles, haricots blancs, pois chiches, fèves... ;
 - ▶ certains légumes verts : blettes, champignons, épinards, fenouil, mâche, pissenlit, persil ;
 - ▶ céréales complètes : pains, farines, pâtes et riz complets ;
 - ▶ chips, frites industrielles ;
 - ▶ potages, soupes, bouillons de légumes ;
 - ▶ jus de fruits ;
 - ▶ chocolat, cacao et les aliments en contenant ;
 - ▶ ketchup ;
 - ▶ aliments déshydratés : café soluble, lait en poudre.

Recommandations diététiques IRC



- ▶ Apport de **PHOSPHORE**
- ▶ Le phosphore est surtout présent dans les aliments riches en protéines.
- ▶ En présence d'hyper-phosphorémie, il est indispensable de réaliser une enquête alimentaire. Il ne faut pas supprimer systématiquement certains aliments, notamment les produits laitiers, source de calcium et protéines.
- ▶ Les aliments riches en phosphore sont :
 - ▶ abats : foie, cervelle, rognons, ris de veau et d'agneau ;
 - ▶ certains poissons : sardine sous toutes ses formes, dorade, hareng ; crabe ;
 - ▶ Pigeon, faisan, oie ;
 - ▶ céréales complètes : pain complet, pâtes complètes, riz complet ;
 - ▶ fromages : en particulier tous les fromages à pâte dure (gruyère, comté, emmental, beaufort, parmesan, cantal...), crème de gruyère (la Vache qui rit®, chèvre sec) ;
 - ▶ fruits oléagineux : amandes, cacahuètes, noisettes, noix, pistaches ;
 - ▶ légumes secs : haricots blancs, lentilles.

Molécules Fréquemment Oubliées

► Top 10 Interventions Pharmaceutiques – 3 mois

	Par extension
Allopurinol	Nb : risque toxicités cutanées
Amoxicilline – Ac Clav	Antibiotiques (temps ou Concentration Dépendant)
Cotrimoxazole	Sulfamides
Cétirizine	
Vidagliptine (Galvus®)	
Hémigoxine	
Milnacipran (Ixel®)	
Paracétamol + Tramadol (Ixprim®)	Palier II et III
Prégabaline (Lyrica®)	
Valaciclovir – Aciclovir	Antiviraux



Sources documentaires



site **GPR**
GUIDE DE PRESCRIPTION & REIN

ICAR
information
conseil
adaptation
rénale

Accueil | Service ICAR ▶ | Fonction rénale | Adaptations Posologiques ▶ | Applis ▶ | En savoir + ▶ | Actualités ▶ | Interactions



Bienvenue sur site **GPR**
GUIDE DE PRESCRIPTION & REIN

 **Follow**

La source d'information de référence, certifiée HON/HAS, sur le maniement des médicaments chez le patient insuffisant rénal.

[Lire la suite](#)

ACTUALITÉS
7 7 7 7 7

08 avril 2014
Nouvelle Lettre d'ICAR en ligne

[Cliquez ici pour afficher la dernière Lettre d'ICAR sur le Baclofène dans l'alcool-dépendance chez le patient insuffisant rénal chronique](#)

ACCÈS ABONNÉS



[S'inscrire](#)

IDENTIFIANT :

MOT DE PASSE :

[Go](#)

[J'ai perdu mon mot de passe](#)



Ce site respecte les principes de la charte HONcode.
Site certifié en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS).
[Vérifiez ici.](#)

LES OUTILS D'ÉVALUATION

▶ **Fonction rénale selon Cockcroft-Gault et aMDRD**

Sources documentaires

RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR ADAPTER LA POSOLOGIE DES MEDICAMENTS à $Q_0 < 0.5$ ou néphrotoxiques chez le patient âgé avec une fonction rénale diminuée

Sources :

- Meret Martin-Facklam. Données pharmacocinétiques pour l'adaptation de la posologie en cas de troubles de la fonction rénale in Bases de la thérapeutique médicamenteuse. Documed 2001 :12-37
- Bennett William M. et al. Drug Prescribing in Renal Failure. Philadelphia: American College of Physicians; 3rd ed. 1991
- Todd P. et al. Geriatric Dosage Handbook 8th Edition. Hudson, Ohio: Lexi-Comp Inc, 2003
- Compendium Suisse des médicaments. Documed 2003
- G. Gavazzi, KH Krause, H Sax, N Vogt, JP Jansens, S Harbath. Guide thérapeutique des principales infections chez le sujet âgé – Hôpital de gériatrie (Document interne)

Ne figurent pas dans la liste ci-dessous les médicaments suivants :

- médicaments d'application topique avec résorption générale négligeable aux posologies habituelles
- cytostatiques utilisés dans le traitement des cancers
- produits de contraste, produits d'anesthésie générale et autres médicaments dont le prescripteur est d'office non gériatre
- anesthésiques locaux
- succédanés du plasma
- médicaments indisponibles aux HUG
- antirétroviraux et autres médicaments utilisés spécifiquement dans les infections HIV
- immunosuppresseurs utilisés en médecine de transplantation

Principe actif (DCI)	Code ATC	Recommandation pour l'adaptation posologique
acébutolol	C07AB04 / C07BB04	Cl. créat. 10-30 ml/min \Rightarrow Dose journalière maximale : 400 mg Cl. créat. <10 ml/min \Rightarrow dose journalière maximale: 200 mg
acémétacine	M01AB11	Cl créat <30 ml/min \Rightarrow médicament à éviter en cas de clairance de la créatinine ≤ 30 ml/min

Nouvelle hospitalisation... quelques mois après

AAS-Lysine 75 mg	Kardégic®	1 le midi
Prasugrel 10 mg	Efient®	1 le midi
Bisoprolol 1,25 mg	Cardensiel®	1 le matin
Dabigatran 150 mg	Pradaxa®	2 par jour
Atorvastatine 10 mg		1 le soir
Vérapamil® LP 240 mg		1 le matin
Baclofène 10 mg comp		12 comp / jour
Fer		1 inj par mois
EPO 100 µg	Aranesp®	1 / semaine
Sévélamer Carbonate 800 mg	Renvela®	1 / jour
Zopiclone 7,5 mg	Imovane®	½ comp le soir
Allopurinol 100 mg	Zyloric®	1 comp / jour
Levemir®		62 UI le soir
Humalog®		rattrapages
Escitalopram 20 mg	Seroplex®	1 le matin
Fentanyl 75 µg patch	Durogésic®	1 le soir

Changements

Prasugrel 10 mg	Efient®	1 le midi
Dabigatran 150 mg	Pradaxa®	2 par jour
Atorvastatine 10 mg		1 le soir
Baclofène 10 mg comp		12 comp / jour
Vérapamil® LP 240 mg		1 le matin
Fentanyl 75 µg patch	Durogesic®	1 le soir

- ▶ ACOD = NACO -- Dabigatran = posologies à optimiser car association à diltiazem => 110 mg x 2 / jour
- ▶ Balcofène : RTU – Alcoolodépendance
- ▶ 2 AAP car stent actif posé => quelle durée ?
- ▶ Palier 3 : sans prophylaxie constipation

Liste des spécialités faisant actuellement l'objet d'une RTU


Les RTU sont élaborées par l'ANSM lorsque deux conditions sont réunies :

- l'existence d'un besoin non couvert par une alternative médicamenteuse autorisée en France dans l'indication concernée
- et un rapport bénéfice/risque du médicament présumé favorable

Les RTU peuvent s'appliquer à tous les médicaments ayant une AMM en France.

- elles sont temporaires et ne peuvent excéder 3 ans
- elles peuvent porter sur une indication ou des conditions d'utilisation différentes de celles de l'AMM
- une RTU peut concerner une seule spécialité pharmaceutique ou plusieurs appartenant à un groupe générique ou ayant un mécanisme d'action similaire.

Lire aussi

- Principes généraux et éléments d'information sur les modalités d'élaboration et de mise en oeuvre des RTU par l'ANSM (27/09/2012)  (211 ko)

Dernière(s) mise(s) à jour :

- REMICADE 100 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion (29/09/2014)

Cliquez sur le nom de la spécialité pharmaceutique pour visualiser la fiche de la RTU (Indications, documents de référence...)

Spécialité pharmaceutique	Substance active	Statut
LIORESAL 10 mg, comprimé sécable - BACLOFENE Zentiva 10 mg, comprimé	Baclofène	RTU - Début le 17/03/2014
ROACTEMRA, 20 mg/ml solution à diluer pour perfusion	Tocilizumab	RTU - Début le 07/04/2014
REMICADE 100 mg, poudre pour solution à diluer pour perfusion	Infliximab	RTU octroyée le 04/07/2014 Début : prévu le 27/10/2014

La bithérapie anti-plaquettaire après pose de stent actif devrait être poursuivie au-delà de 30 mois

CHICAGO, 17 novembre 2014 (APM) - La bithérapie par anti-agrégants plaquettaires après pose de stent actif devrait être poursuivie au-delà de 30 mois, suggèrent les résultats d'une étude présentée dimanche au congrès de l'American Heart Association (AHA), qui se tient jusqu'à mercredi à Chicago.

Néanmoins, un risque d'évènement ischémique résiduel persiste après l'arrêt de la bithérapie, quelle qu'en ait été sa durée.

La première session de "late-breaking clinical trials" du congrès était consacrée à l'évaluation de la durée optimale de la bithérapie par anti-agrégants plaquettaires après pose de stent actif. La durée recommandée en Europe est de six à 12 mois, et aux Etats-Unis de 12 mois, mais reste un sujet de débat.

Parmi les quatre communications de la session, l'essai DAPT, dont les résultats sont également publiés dans le New England Journal of Medicine (NEJM), a été réalisé en réponse à une demande de la Food and Drug Administration (FDA) aux fabricants de stents coronaires et conduit sous l'égide de la FDA, de huit industriels dans le domaine des stents et pharmaceutique qui ont financé l'étude, et du Harvard Clinical Research Institute (HCRI). Les patients ont été recrutés via le HCRI ou via l'un des quatre programmes de surveillance post-commercialisation de stents.

