

iatrogénie médicamenteuse

Dr Gwenaëlle VEYRAC

gwenaelle.veyrac@chu-nantes.fr



Objectifs du cours

- Définir les termes de l'iatrogénie médicamenteuse
- Savoir identifier un effet indésirable, le prendre en charge et savoir le déclarer
- Comprendre l'intérêt de la Pharmacovigilance



Plan du cours

- Définitions
- Epidémiologie
- Les effets indésirables
- Les erreurs médicamenteuses
- La Pharmacovigilance

Risque médicamenteux

- Médicament jamais dénué de risque (relation dose/effet)
[Faible] <--- [Zone thérapeutique] ---> [Forte]

Inefficacité

Efficacité

Toxicité

- **Rapport bénéfice/risque** : évaluation des effets bénéfiques thérapeutiques en comparaison aux risques liés à la sécurité d'emploi d'un médicament (mesurés pour un utilisateur donné ou estimés pour une population).
- La réponse d'une individu à l'administration d'un médicament est constituée d'effets souhaités (correspondant à un objectif thérapeutique) et d'effets non souhaités (les effets indésirables qui sont plus ou moins prévisibles)





I – Définitions



La finalité de la pharmacologie est de découvrir, développer, utiliser des médicaments chez l'Homme avec l'objectif de traiter des situations pathologiques en tenant compte des sources de variabilité individuelle de la réponse.

L'objectif final est d'obtenir un rapport bénéfice / risque favorable au malade. En pratique, d'administrer le médicament approprié, à la bonne dose / posologie pendant la bonne durée de traitement avec un maximum d'effets thérapeutiques et pas ou un minimum d'effets indésirables.

IATROGÉNIE

Sont considérées comme iatrogènes les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé.

La survenue d'événements indésirables en lien avec l'utilisation des médicaments constitue **la iatrogénie médicamenteuse**, imputable aux effets propres du médicament (effets indésirables) mais aussi aux erreurs médicamenteuses.

EFFET INDESIRABLE : EI (adverse drug reaction, adverse effect)

Réaction nocive et non voulue suspectée d'être due à un médicament y compris en cas de surdosage, de mésusage, d'abus, d'erreur médicamenteuse et d'une exposition professionnelle.

EFFET INDÉSIRABLE GRAVE : EIG (serious adverse reaction, serious adverse effect)

Effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale. Peut également être considéré comme grave tout effet indésirable jugé comme tel par un professionnel de santé.

EFFET INDESIRABLE INATTENDU (unexpected adverse reaction)

Effet indésirable dont la nature, la sévérité, la fréquence, la gravité, ou l'évolution ne correspondent pas aux informations contenues dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

ERREUR MEDICAMENTEUSE : EM (medication error)

Omission ou réalisation **non intentionnelle** d'un acte survenant au cours du processus de soins relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un (risque d') effet indésirable pour le patient.

MESUSAGE (Misuse)

Usage **intentionnel**, non conforme à une autorisation ou un enregistrement et considéré comme inapproprié car susceptible d'exposer le patient à un risque avéré ou potentiel sans bénéfice thérapeutique corrélatif.

SURDOSAGE (overdose)

Administration d'une quantité de médicament ou de produit, quantité par prise ou cumulée, supérieure à la dose maximale recommandée par le RCP. En pratique, il s'agit d'une exposition aboutissant à des concentrations plasmatiques élevées. Il peut s'agir d'une prise excessive (intentionnelle ou accidentelle) d'un médicament ou d'une accumulation par différents mécanismes (interaction, défaut d'élimination etc ..) et ce même à posologie recommandée.

ABUS DE MÉDICAMENT (abuse of a medicinal product)

Usage excessif, intentionnel, persistant ou sporadique de médicaments, accompagné de réactions physiques ou psychologiques nocives.

EXPOSITION PROFESSIONNELLE (occupational exposure)

Mise en contact (accidentelle ou non) d'une tierce personne avec un médicament au cours d'un processus de soin dans le cadre de son activité professionnelle ou non.

Relation entre événement, effet et erreur

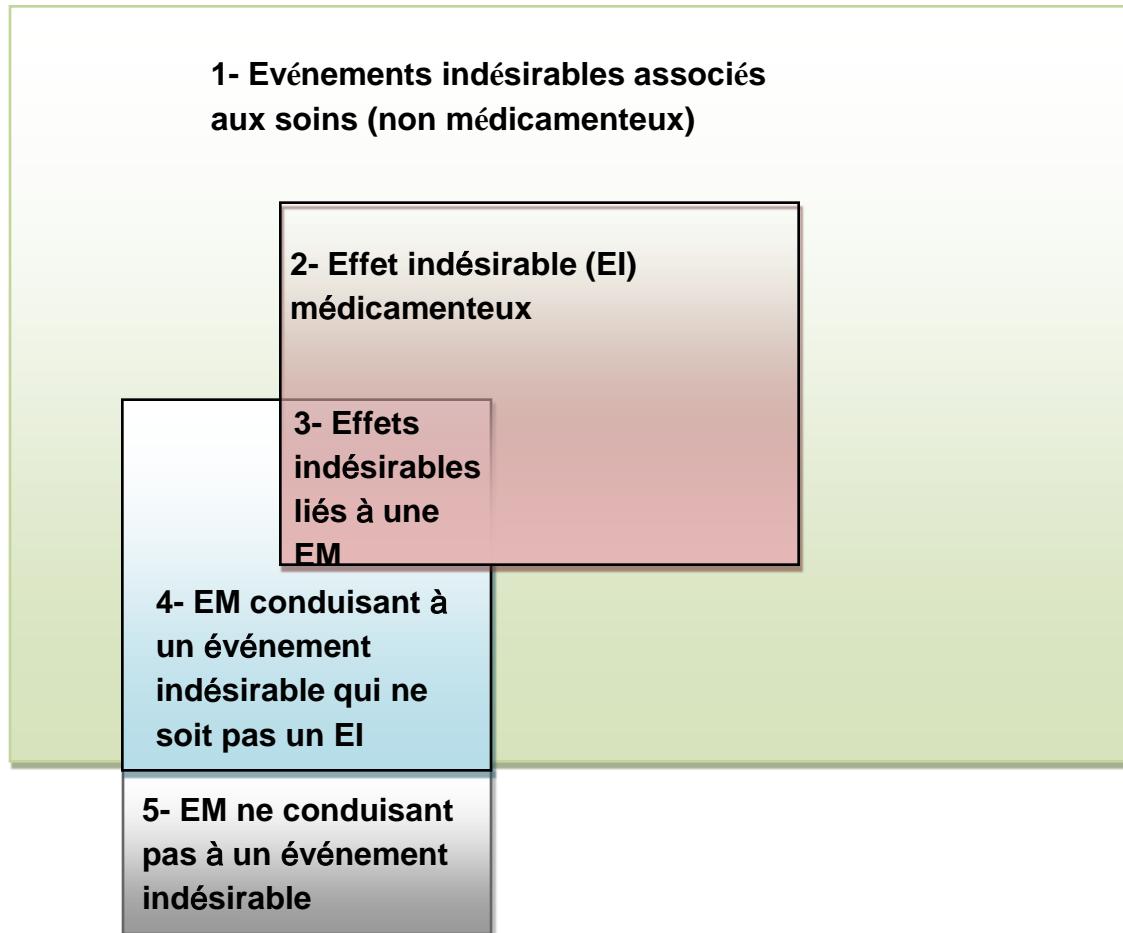


Diagramme de Venn montrant la relation entre les événements indésirables, les effets indésirables et les erreurs médicamenteuses.
(Aronson 2009)

Exemple Cas clinique : abus



- Femme de 32 ans
- Antécédents non connus
- Consommation de 50 comprimés de DULCOLAX® (bisacodyl) par jour depuis des années
- Survenue d'une fatigue, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids, d'une irritation du colon
- Diminution des doses à 30 cp par jour
- Evolution non connue

Exemple Cas clinique : exposition professionnelle

- Infirmière de 31 ans → mydriase au niveau de son œil droit au cours de sa matinée de travail
- Consultation en ophtalmologie et programmation d'un scanner cérébral injecté en urgence
- Hospitalisation devant un doute sur un éventuel anévrysme
- Le lendemain : quasi -normalisation de la taille de l'iris
- Réalisation d'une artériographie : normale
- Retour à domicile de la patiente
- IRM cérébrale parenchymateuse 15 jours plus tard : normale
- Ponction lombaire programmée refusée par la patiente
- Quelques jours plus tard, étiologie médicamenteuse suspectée :
 - **En effet, la matinée durant laquelle est apparue la mydriase unilatérale, la patiente a réalisée des soins et a notamment changé deux dispositifs transmembranaires de scopolamine (SCOPODERM®).**



Exemple Cas clinique : erreur médicamenteuse



- **Patient :** Enfant de 4 ans
- Intervention sur malformation cardiaque
- Traitement post-opératoire : prescription de morphine IVSE 0,2 mL/h posée à 16 h
- Erreur de passage avec débit à 2mL/h
- Effet indésirable : somnolence et gêne respiratoire dans la nuit. Erreur de débit non relevé, augmentation du débit d'oxygène
- Le matin, rythme respiratoire diminué, enfant plus endormie
- Arrêt de la morphine par IDE qui s'aperçoit de l'erreur
- Prescription de NARCAN®
- Evolution favorable



II – Epidémiologie



- Entre 30 000 et 45 000 évènements indésirables graves/an en cours d'hospitalisation qui sont causés par un médicament (*ENEIS 2004/2009*)
- EI à l'origine de 3,6% des hospitalisations et touchent 10% des patients hospitalisés (*Etudes EMIR 1997/2007*)
- Environ 20 000 morts/an suite à un EI en France (*Prescrire 2011*)
- **Caractère évitable** de l'iatrogénie médicamenteuse (30 à 50%)

Table 4 Drugs causing adverse drug reactions

Drug group/drug	No (%) of cases	Individual drugs	Adverse reactions
NSAIDs	363 (29.6)	Aspirin (218), diclofenac (52), ibuprofen (34), rofecoxib (33), celecoxib (8), ketoprofen (6) naproxen (5)	GI bleeding, peptic ulceration, haemorrhagic cerebrovascular accident, renal impairment, wheezing, rash
Diuretics	334 (27.3)	Furosemide (128), bendroflumethiazide (103), bumetanide (43), spironolactone (37), amiloride (19), metolazone (11), indapamide (6)	Renal impairment, hypotension, electrolyte disturbances, gout
Warfarin	129 (10.5)	—	GI bleeding, haematuria, high INR, haematoma
ACE inhibitors/ All receptor antagonists	94 (7.7)	Ramipril (28), enalapril (25), captopril (12), lisinopril (9), irbesartan (6), losartan (5), perindopril (4)	Renal impairment, hypotension, electrolyte disturbance, angioedema
Antidepressants	87 (7.1)	Fluoxetine (17), paroxetine (14), amitriptyline (13), citalopram (9), lithium (8), venlafaxine (8) dosulepin (7),	Confusion, hypotension, constipation, GI bleed, hyponatraemia
β blockers	83 (6.8)	Atenolol (69), propranolol (6), sotalol (3), bisoprolol (2), metoprolol (2), carvedilol (1)	Bradycardia, heart block, hypotension, wheezing
Opiates	73 (6.0)	Morphine (20), dihydrocodeine (20), co-codamol (8), tramadol (8), co-dydramol (6), fentanyl (5)	Constipation, vomiting, confusion, urinary retention
Digoxin	36 (2.9)	—	Symptomatic toxic digoxin levels
Prednisolone	31 (2.5)	—	Gastritis, GI bleeding, hyperglycaemia, osteoporotic fracture
Clopidogrel	29 (2.4)	—	GI bleeding

GI=gastrointestinal, INR=international normalised ratio.



III - Les effets indésirables médicamenteux



- Les reconnaître
- Les prévenir
- Les prendre en charge

Reconnaître un effet indésirable, nécessite :

- D'identifier la prise des médicaments ;
- De différencier les EI de l'évolution de la maladie ou de la présence d'autres comorbidités ;
- De raisonner en termes de causalité (relation temporelle, action pharmacologique) ;
- D'identifier les facteurs de risque.

Exemple

Enalapril	Mécanisme ?
Toux sèche	
Hypotension	
Rash	
Angio-oedeme (bouche, langue, gorge)	
Diarrhées	

Effet pharmacologique
Mécanisme inconnu
Intolérance
Allergie

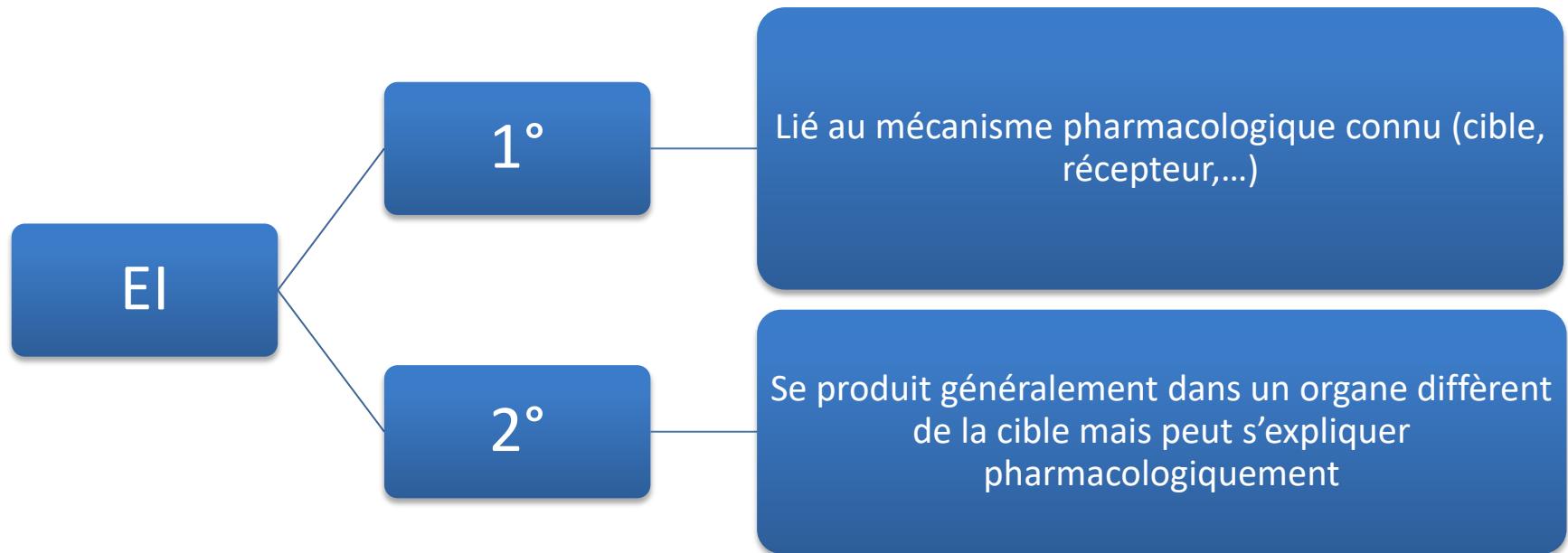


Exemple

Enalapril	Mécanisme ?
Toux sèche	EI lié à la pharmacologie
Hypotension	EI lié à la pharmacologie
Rash	Allergie
Angio-oedème (bouche, langue, gorge)	EI lié à la pharmacologie ou allergie
Diarrhées	Mécanisme inconnu ou intolérance aux excipients



Evolution de la classification



Ex : bisoprolol (béta-bloquant)

- 1° hypotension (blocage bêta1)
- 2° dyspnée chez l'asthmatique (blocage bêta2)



Classification type A/B

A « Augmented »	B “Bizarre”
Effet pharmacologique	Idiosyncrasique
Dose-dépendant	Non dose-dépendant
Evolution favorable après diminution de posologie ou arrêt du médicament	Réduction de posologie sans effet sur l'effet indésirable
Fréquent	Rare
Souvent mis en évidence au cours des essais cliniques	Non détecté au cours des essais cliniques
Réversible	Parfois, sensibilisation nécessaire

Talbot J, Waller P. Stephen's detection of new adverse drug reactions. 5^e édition, 2004. John Wiley & Sons Ltd. Chichester. P.92

Type AB = manque de discernement

- Quand le mécanisme pharmacologique n'est pas connu :
 - nausée avec les antibiotiques → type A, mais mécanisme inconnu
- Quand le système immunitaire est activé après un mécanisme toxique :
 - hépatite toxique → Une atteinte hépatocellulaire initiale précède souvent le mécanisme auto-immun
- Certains symptômes miment des symptômes de l'allergie alors qu'un mécanisme pharmacologique est sous-jacent :
 - IEC et angio-oedème
- Critère chronologique ? → EI survenant après une exposition chronique au médicament
- Facteurs favorisants ? → Pourquoi EI chez certains patients ?



Classification AB étendue àG

Type	Caractéristiques	Prise en charge
A(ugmented)	Pharmacologique, lié à la dose, Fréquent, prévisible, mortalité faible	Arrêt ou diminution posologie
B(izarre)	Rare, non prévisible, idiosyncrasique, mortalité importante	Arrêt et pas de réintroduction
C(hronic)	Dose cumulée, long cours	Arrêt (longue durée) ou réduction posologie
D(elayed)	Rare, peut être lié à la dose, parfois à l'arrêt du médicament	
E(nd of use)	Sevrage	Réintroduire et diminuer progressivement
Failure)	Souvent lié à la dose, pharmacocinétique, interactions	Augmentation posologie, co-médication
G(enetic)	Pharmacocinétique ou Pharmacodynamie	Ajustement de la dose, arrêt et parfois contre-indication

Exemple 1



Mydriase et amitriptyline

Type ?



WHO Collaborating Centre for
Pharmacovigilance in Education
and Patient Reporting

Master 2023

netherlands
pharmacovigilance
centre **lareb**

Classification des EI

Mydriase et amitriptyline

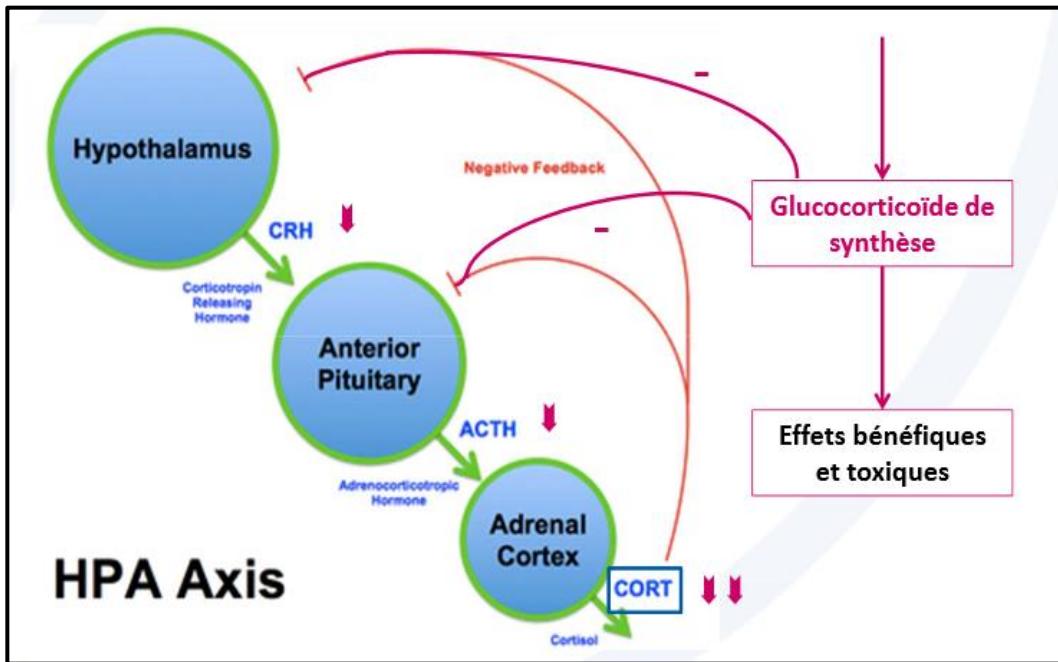
Type?
A(ugmented)



WHO Collaborating Centre for
Pharmacovigilance in Education
and Patient Reporting

netherlands
pharmacovigilance
centre **lareb**

Exemple 2



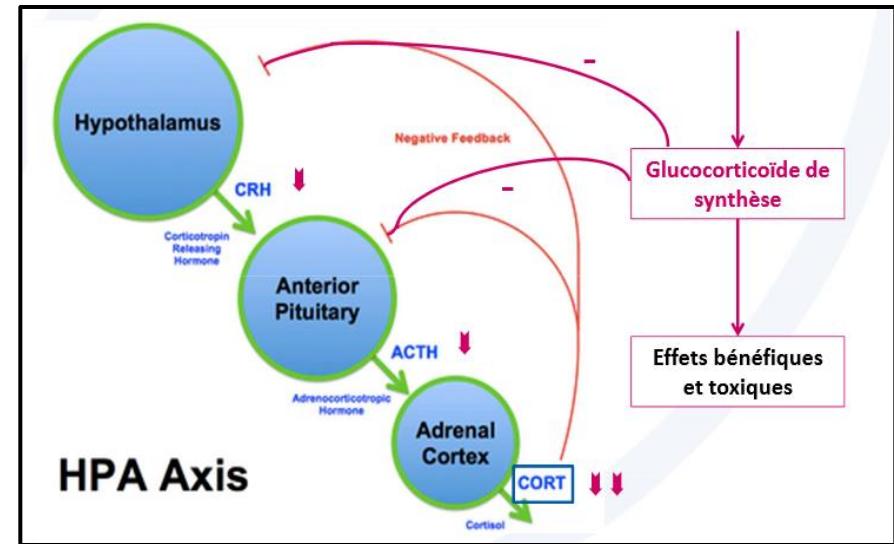
- Suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien par les corticostéroïdes
- Type?



Classification des EI

Suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien par les corticostéroïdes

Type?
C(hronic)



Système de classification : DoTS

Education and debate

Joining the DoTS: new approach to classifying adverse drug reactions

Jeffrey K Aronson, Robin E Ferner

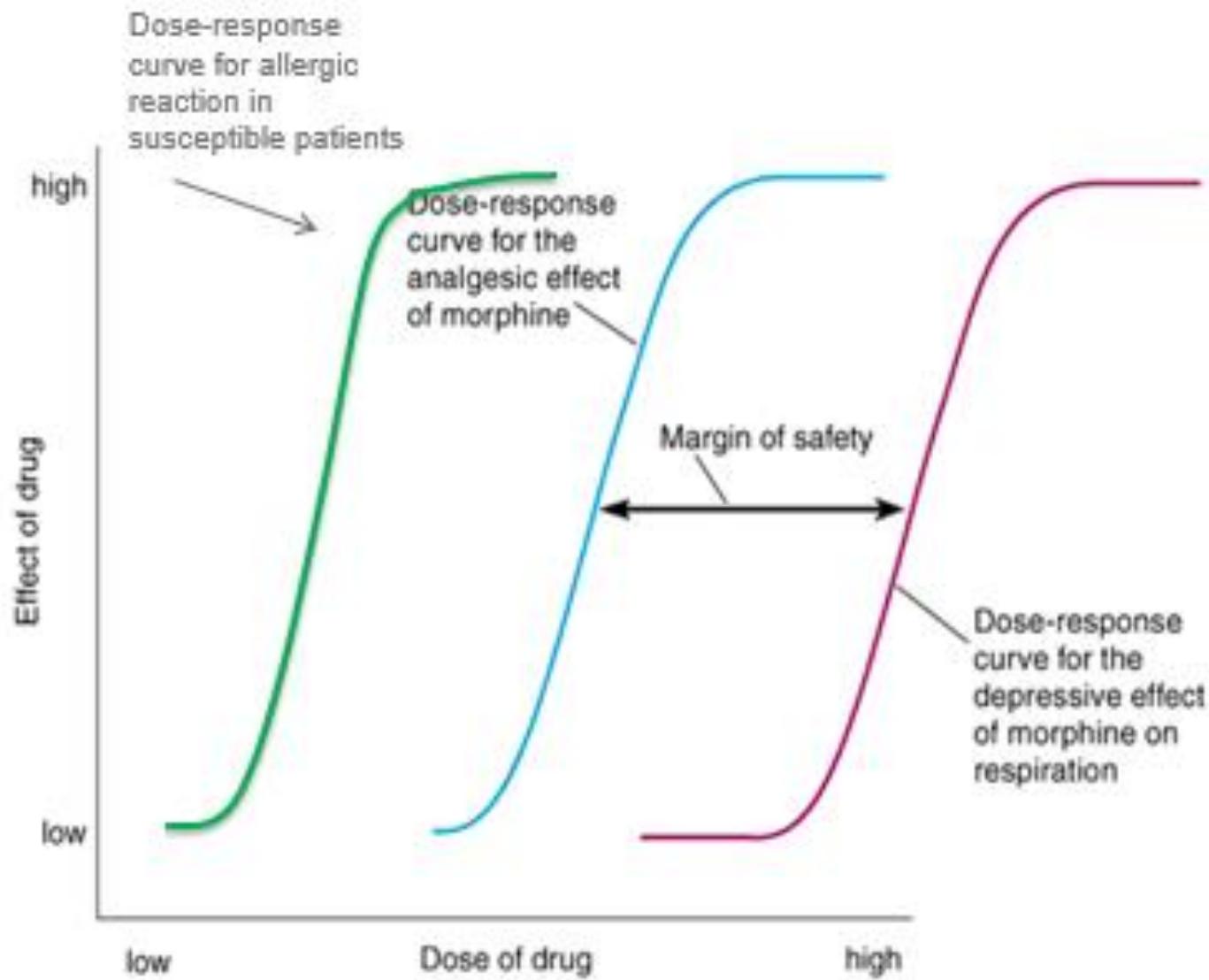
A new classification system for adverse drug reactions based on time course and susceptibility as well as dose responsiveness should improve drug development and management of adverse reactions

- D relation dose/effet
- T relation temporelle
- S facteurs de risque

Relation dose/effet

On peut donc distinguer les effets qui se produisent :

- à doses supra-thérapeutiques (dose toxique)
- à doses thérapeutiques standards (effets collatéraux)
- à doses sous-thérapeutiques (réactions d'hypersensibilité allergiques)



Hypersensibilité allergique

- Effet indésirable avec médiation immunitaire entraînant des lésions tissulaires
- En règle générale, un contact préalable avec la substance induisant une allergie (=allergène) est nécessaire (=sensibilisation)
- Risque de récurrence en cas de nouvelle exposition avec symptomatologie aggravée
- Réactions croisées entre médicaments selon la structure chimique



Classification de Gell&Coombs

Réaction de type :	Type de réponse immunitaire	Physiopathologie	Signes cliniques	Délai habituel d'apparition des symptômes
I	IgE	Activation des mastocytes et des basophiles	! Choc anaphylactique • œdème de Quincke • Urticaire • Bronchospasme	De qq minutes à 1 heure après la dernière prise
II	IgG	Cytotoxicité	Cytopénie, néphrites	5 à 15 jours après début de traitement
III	IgG, IgM et complément	Dépôt d'immuns complexes	Maladie sérique Urticaire Vascularite, Lupus induit	7-8 jours maladie sérique 7-21 jours vascularites
IV	LT	Groupe complexe	De l'eczéma jusqu'au gravissime Sd de Lyell, DRESS, pustulose exanthématique aiguë généralisée PEAG	Variable selon les formes cliniques (48h eczéma), 7 à 21 jours Lyell et Stevens-Johnson 2 à 6 semaines DRESS, PEAG 48h à 5 jours

Relation temporelle (DoTS)

Les EI indépendant du temps peuvent survenir à tout moment du traitement et sont donc indépendants de la durée de prise du médicament.

Il peuvent être dus à :

- Un changement de concentration au niveau du site d'action
 - changement de dose
 - fonction rénale
 - interaction médicamenteuse (PK)
 - ...
- Une réponse pharmacologique modifiée
 - comorbidité
 - âge
 - interaction médicamenteuse (PD)



Relation temporelle

- El temps-dépendant

1. **Réaction rapide quand le médicament est administré trop rapidement**
- “Red man syndrome” avec la vancomycine → administrer lentement
2. **Réaction à la première dose.** En particulier à la première dose mais pas nécessairement par la suite
- Hypotension avec les IEC, les alpha-1-bloquants
→ précautions pour la 1ere dose
3. Réaction allergique de type I
→ ne pas réadministrer



Relation temporelle

El temps-dépendant

4. précoces

- Au début du traitement mais disparition après une adaptation (phénomène de tolérance)
- Exemple: maux de tête avec les dérivés nitrés
 - prévisible, surveillance, rassurer le patient

5 .El intermédiaires. Le risque de survenue augmente en début de traitement (jours à mois) et diminue par la suite

- réactions d'hypersensibilité de type 2 à 4
- risque thrombotique des antipsychotiques

→ surveillance en début de traitement, arrêt si symptômes, éviter



Relation temporelle

EI temps-dépendant

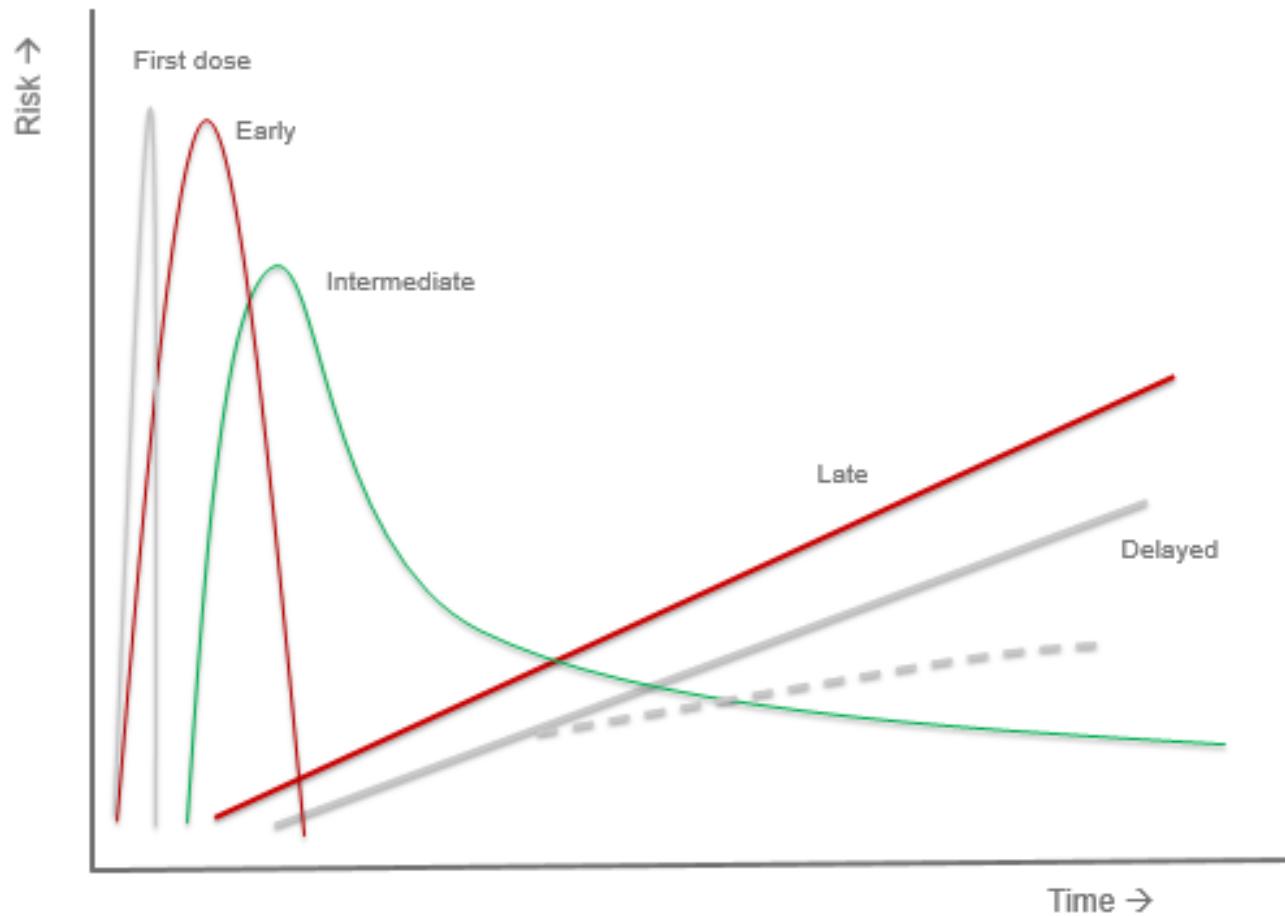
6. EI survenant au long cours. Le risque de survenue de l'EI augmente avec le temps

- Ostéoporose avec les corticostéroïdes
- Dyskinésie tardive avec les antagonistes dopaminergiques

7. EI retardés. Particulièrement si exposition prolongée ou expositions répétées dans le temps et même si début des symptômes après arrêt du médicament.

- Cancer du sein avec le traitement oestrogénique de la ménopause





Facteurs favorisants les EI (DoTS)

1- Facteurs liés aux patients

- Âge
- Sexe
- Facteurs sociaux
- Antécédents
- Comorbidité / pathologies associées
- Situations particulières (femme enceinte, allaitement)
- Automédication
- Observance
- Polymorphisme génétique

Facteurs favorisants des EI

2- Facteurs liés aux médicaments

– Nombre de médicaments → interactions +++

Fréquence EI augmente avec le nombre de médicaments : 10% (1), 20% (2 à 4), 29% (5 à 9), 35%(>10)

– Classes thérapeutiques à risques :

psychotropes, cardiovasculaires, antibiotiques, anti-inflammatoires, antidiabétiques, anticoagulants

– Marge thérapeutique étroite

Facteurs favorisants des EI

3- Facteurs liés aux professionnels de santé

- indications...
- non respect des CI, précautions d' emploi
- associations/ interactions
- dosages inadaptés
- **défaut d'information, d'explication**
- Mésusage
- Erreurs

Table 1 Sources of altered susceptibility to adverse drug reactions

Source of susceptibility	Examples	Implications
Genetic	Porphyria	Screen for abnormalities; avoid specific drugs
	Succinylcholine sensitivity	
	Malignant hyperthermia	
	CYP isozyme polymorphisms	
Age	Neonates (chloramphenicol ¹⁵)	Adjust doses according to age
	Elderly people (hypnotics ¹⁶)	
Sex	Alcohol intoxication	Use different doses in men and women
	Mefloquine, neuropsychiatric effects ¹⁷	
	Angiotensin converting enzyme inhibitors, cough	
	Lupus-like syndrome ¹⁸	
Physiology altered	Phenytoin in pregnancy ¹⁹	Alter dose or avoid
Exogenous factors	Drug interactions	Alter dose or avoid co-administration
	Interactions with food (eg grapefruit juice with drugs cleared by CYP3A4 ²⁰)	
Disease	Renal insufficiency (eg lithium ²¹)	Screen for abnormalities; avoid specific drugs; use reduced doses
	Hepatic cirrhosis (eg morphine ²²)	

From: Aronson 2003



Exemple DoTS

	Ostéoporose et corticostéroïdes	Anaphylaxie et amoxicilline	Hépatotoxicité et isoniazide
Do			
T			
S			



Exemple DoTS

	Ostéoporose et corticostéroïdes	Anaphylaxie et amoxicilline	Hépatotoxicité et isoniazide
Do	Dose thérapeutique		
T	Au long cours		
S	Age, sexe		



Exemple DoTS

	Ostéoporose et corticostéroïdes	Anaphylaxie et amoxicilline	Hépatotoxicité et isoniazide
Dose thérapeutique	Dose thérapeutique	Dose subthérapeutique	
Au long cours		Précoce	
Age, sexe		Non connu Nécessite une sensibilisation (IgE médié)	



Exemple DoTS

	Ostéoporose et corticostéroïdes	Anaphylaxie et amoxicilline	Hépatotoxicité et isoniazide
Dose	Dose thérapeutique	Dose subthérapeutique	Dose thérapeutique
Temps	Au long cours	Précoce	Intermédiaire
S	Age, sexe	Non connu Nécessite une sensibilisation (IgE médié)	Génétique (métabolisation) Alcool Malnutrition



Cas pratique : Comment détecter un effet indésirable ?



Cas clinique

Femme de 84 ans avec comme antécédents un infarctus du myocarde , bronchopneumopathie chronique obstructive, hypercholestérolémie, cataracte, varices, appendicectomie.

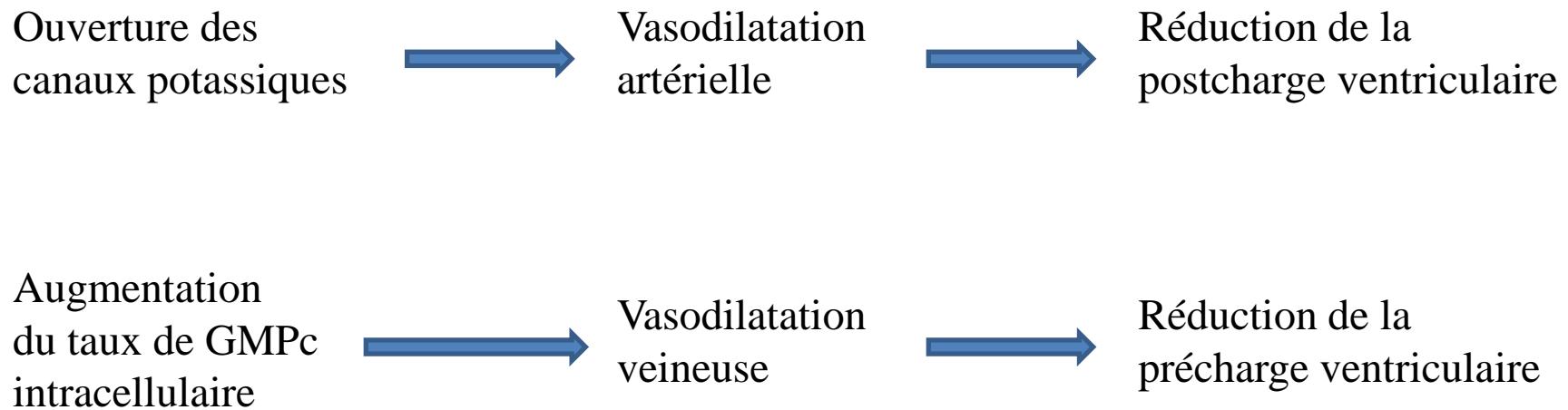
Elle vient vous voir pour des ulcérations buccales invalidantes et douloureuses, résistantes à toutes thérapeutiques, en dépit de plusieurs semaines de soins dentaires et stomatologiques

Le nicorandil

- Mise sur le marché en France : 1994
 - Ikorel®, Adancor®
 - Génériques en 2011
- Traitement prophylactique de la crise d'angor d'effort, en monothérapie ou en association à d'autres antiangineux
- Voie orale : de 20 à 40 mg par jour (instauration progressive)

Le nicorandil

- Vasodilatateur à double mécanisme d'action



Notre cas clinique Femme de 84 ans

Nicorandil ,IKOREL, à la dose de 40 mg/j depuis 6 ans. Aphtose buccale sévère apparaît; arrêt IKOREL et évolution rapidement favorable en moins de 1 mois.

Puis reprise IKOREL suite à une déterioration de la fonction cardiaque et apparition de problèmes vaginaux sans récidive des aphtes. Diagnostic après 6 mois de fistule sigmoïdo-utérine entraînant une colostomie de décharge; Puis, 6 mois plus tard, troubles urinaires et diagnostic de fistule vésico-vaginale; Puis ulcérations de la stomie et arrêt IKOREL.

Evolution plus de deux ans après la reprise : amélioration et finalement cicatrisation des ulcérations de la stomie. Consultation urologue pour la fistule vésico-vaginale.



Ulcération péri-anale
Avant arrêt

3 semaines après l'arrêt



Antoine Claeys. Les ulcérations cutanéomuqueuses induites par le nicorandil: à propos de deux cas revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. fffhal-01731743f

Cas cliniques

- Patient de 71 ans :
 - 20 mg par jour de nicorandil
 - 8 mois après début du traitement : apparition d'une stomatite aphteuse



→ Délai entre 1^{ers} signes et arrêt nicorandil : 1 mois

→ Evolution favorable à l'arrêt du traitement

Cas cliniques

- Patiente de 87 ans :
 - 40mg par jour de nicorandil
 - 6 mois après début du traitement :
 - Douleur pharyngée, gêne à l'alimentation
 - Perte de 16kgs

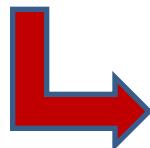


Mise en évidence d'une ulcération pharyngée postérieure
avec fistule

- Délais entre 1^{ers} signes et arrêt nicorandil : 12 mois
- Amélioration en 2 mois après l'arrêt du traitement

Cas cliniques

- Patient de 82 ans :
 - 40mg par jour de nicorandil
 - Traitement débuté en juillet 2005
 - Août 2007 : abcès pariétal → drainage chirurgical (2 interventions)
 - Avril 2008 : aphtes
 - Mai 2008 : ulcération puis fistule anale → intervention chirurgicale
 - Novembre 2008 : aphtes et purpura des membres inférieurs



Décembre 2008 : arrêt nicorandil



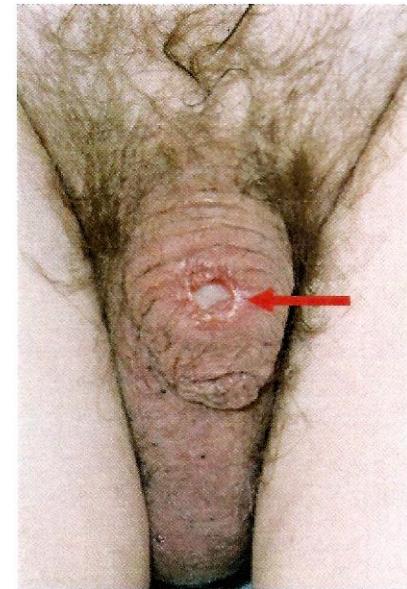
Délais entre 1^{ers} signes et arrêt nicorandil : 17 mois



Evolution favorable à l'arrêt du traitement

Cas cliniques

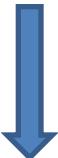
- Patient de 88 ans :
 - 40mg par jour de nicorandil
 - 12 mois après début du traitement :
 - Perforation du prépuce
 - Ulcération balanopréputiale



(1)

- Délais entre 1^{ers} signes et arrêt nicorandil : 3 mois
→ Circoncision

Nicorandil et ulcérations

- RCP du nicorandil : effets indésirables
 - 1997 : 1^{er} cas d'ulcérations buccales → mise à jour du RCP
 - 2005 : ulcérations anales ajoutées au RCP
 - Cas d'ulcération génitale grave signalé au CTPV du 28/06/2011 → CRPV Saint-Etienne : mise au point présenté au CT le 07/10/2011
 - Puis enquête nationale → CT du 10/01/2012
- 

En France, seules les ulcérations buccales et anales étaient signalées dans le RCP en 2011

Nicorandil et ulcérations

- Depuis 1997, important élargissement de la liste des systèmes organes touchés
- Localisations cutanéo-muqueuses très variées :

- cavité buccale
- pharynx
- muqueuse nasale
- intestin grêle, colon, sigmoïde, rectum
- anus
- vulve, vagin
- pénis, prépuce
- peau
- cornée
- zone péristomiale



- Peuvent être très douloureuses (peau, cavité buccale, anale et génitale ++)
- Complications possibles : altération de l'état général, abcès, fistules, hémorragies, perforations (→ interventions chirurgicales)

Nicorandil et ulcérations

- Le **délai de survenue** peut être long (d'un mois à plusieurs années)
- **Doses journalières** variables, mais majoritairement supérieures à 20mg par jour
- Importance du **délai de diagnostic** (de quelques semaines à plusieurs années = aggravation)
- **Seul l'arrêt du nicorandil** peut permettre une guérison
- **Cicatrisation** : de quelques semaines à plusieurs mois, fonction du type et de la gravité (séquelles possibles)

Nicorandil et ulcérations

- Mécanisme des ulcérations :
 - Toxicité directe locale?
 - du nicorandil
 - de ses métabolites
 - Phénomène de vol vasculaire?
 - → ischémie → ulcération
 - Accumulation et distribution anormale des métabolites ?(2)
 - traitement à haute dose
 - augmentation de la dose

2. Trechot P, Claeys A, Petitpain N, Javot L, Schmutz JL, Barbaud A. Nicorandil and ulcerations : The Trojan horse? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011 Jul 18.

Nicorandil et ulcérations

- Facteurs de risque :
 - Patient âgé (âge moyen : 80,3 ans)
 - Dose : > à 20mg/jour ++
 - N'existe pas d'adaptation en fonction de l'âge
 - Durée du traitement
 - Longue
 - À augmentation de dose
 - Facteurs déclenchant :
 - Augmentation récente de dose
 - Traumatisme
 - Lésion préalable
 - Acte chirurgical
 - Retard de diagnostic → aggravation des tableaux cliniques

Conclusion

- DMI (Demande de Modification de l'Information) en cours d'évaluation = nouvelle proposition de RCP :
 - **4.4. Mises en garde et précautions d'emploi**
 - [...] Des ulcérations gastro-intestinales, des ulcérations muqueuses et cutanées ont été rapportées avec le nicorandil (voir rubrique 4.8). Elles ne répondent à aucun traitement et pour la plupart d'entre elles, seul un arrêt de nicorandil entraînera une guérison. La survenue de ces ulcérations doit conduire à l'arrêt du nicorandil.
 - Des perforations ont été rapportées avec le nicorandil. Dans certains cas, les patients étaient traités avec des corticoïdes. Si cette association est envisagée, elle soit se faire avec prudence.

– 4.8 Effets indésirables

- [...] Affections gastro-intestinales :

Rare : Des cas d'ulcération du tube digestif telles que aphes, ulcérations buccales, ulcérations de la langue, ulcérations intestinales et anales ont été rapportés.

Ces ulcérations surviennent parfois tardivement et plus fréquemment aux doses thérapeutiques élevées.

Ces ulcérations digestives, si elles progressent, peuvent évoluer vers des abcès, des perforations ou des fistules.

Après arrêt du nicorandil, l'évolution est le plus souvent favorable en quelques semaines à quelques mois.

- [...] Affections de la peau et du tissu sous-cutané :

Très rare : ulcérations de la peau et des muqueuses ; ulcérations péri-anales, génitales (vulve, vagin, pénis, prépuce), péri-stomiales, cornéennes ; angio-œdème.

Conclusion

- Informer les professionnels de santé
- Réévaluer le rapport bénéfice/risque du nicorandil
→ le proposer en traitement de 2^{ème} intention

Patient sous nicorandil présentant des ulcérations :

⇒ Déclaration à la Pharmacovigilance

Prévenir les effets indésirables

- Prescription raisonnée
- Adapter le traitement médicamenteux au patient en prenant en compte les facteurs de risque (âge, comorbidité, génétique, interaction médicamenteuse et alimentaire,...)
- S'informer sur la sécurité des médicaments (RCP, ANSM, Pharmaciens cliniciens, Pharmacologues,...)
- Impliquer le patient

Prendre en charge les effets indésirables

- Cela impose une surveillance du patient
- La survenue d'un EI peut influencer la compliance du patient
- Différentes options (**discussion pluridisciplinaire**)
 - Arrêt du médicament
 - Diminution de la posologie
 - Traitement symptomatique
 - Alternative thérapeutique
- Communiquer aux autres professionnels et vers le patient
- Notifier l'EI aux autorités compétentes



Les troubles d'origine médicamenteuse

Liste non exhaustive, sachant que les EI peuvent mimer toutes les pathologies existantes

Où trouver les informations sur les EI ?

- Rubrique 4.8 du RCP
(<http://base-donnees publique.medicaments.gouv.fr>)
- Fréquence (*très fréquent ($\geq 1/10$); fréquent ($\geq 1/100$ to $< 1/10$); peu fréquent ($\geq 1/1,000$ to $< 1/100$); rare ($\geq 1/10,000$ to $< 1/1,000$); très rare ($< 1/10,000$); indéterminée*)
- Classification SOC du dictionnaire MedDRA (*Affections du système nerveux, Affections cardiaques,...*)



Troubles cardiovasculaires

- **Signes cliniques** : hypotension, hypertension, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, valvulopathies, HTAP, accidents thrombo-emboliques, hémorragies...
- **Facteurs de risques** : âge du patient, antécédents de maladies cardiovasculaires, anomalies métaboliques (hypokaliémie et risque de torsades de pointe)

Exemples :

- *dompéridone (MOTILIUM®) et risque allongement QT*
- *risque d'effets indésirables cardiovasculaires (de type infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral) pour l'ensemble des AINS non sélectifs. Risque cardiovasculaire plus élevé avec le diclofénac (VOLTARENÉ®)*

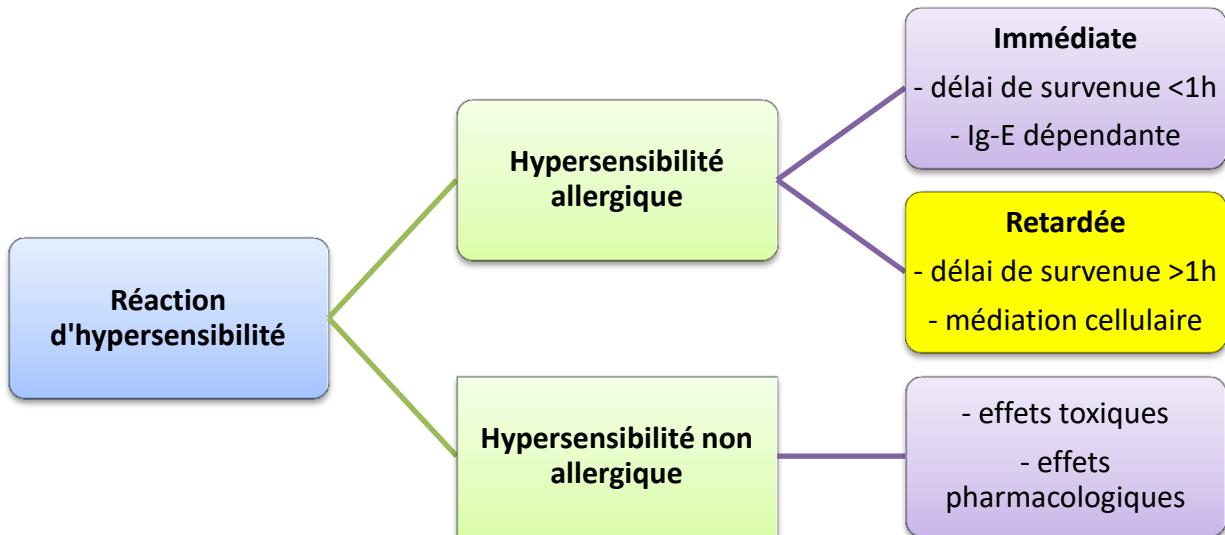


Troubles cutanés

- **Signes cliniques** : acné, photosensibilisation, toxidermies, retard de cicatrisation, réactions au point d'injection, ...
- Savoir distinguer un mécanisme immuno-allergique (sujet déjà exposé préalablement) d'un mécanisme toxique ou pharmacologique. (e.g angio-oedème sous IEC)
- Intérêt des tests allergologiques +++

Exemples :

- *Kétoprofène et photosensibilisalction*
- *Tétrazepam toxidermies sévères (retrait du marché)*



Classification des réactions d'hypersensibilité selon *l'Académie Européenne d'Allergologie et d'Immunologie Clinique (EAACI)* (1).

- Les réactions immunoallergiques (=hypersensibilité allergique) nécessitent une **sensibilisation** ou bien surviennent lors d'une nième prise. Elles peuvent être immédiates ou retardées
- 4 sous-types de réaction **d'hypersensibilité retardée**: le type IVa avec l'eczéma de contact, le type IVb avec le DRESS syndrome, le type IVc avec les toxidermies graves (érythème pigmenté fixe, Lyell, Steven-Jonhson,...) et le type IVd avec la pustulose exanthématique aigüe généralisée.

Allergie aux PCI

Effet indésirable après utilisation d'un produit de contraste iodé pur un examen

Rappel : atome d'iode permet l'absorption des rayons X en raison de sa masse atomique élevée dans les PCI

Pratiques courantes : Un traitement symptomatique

Dosages histamines tryptases non faits

Test cutanés non réalisés

Médicaments iodés, aliments iodés : contre-indication

Prescription d'une prémédication : fausse sécurité

Patient étiqueté « *allergique à l'iode* »

Mais l'allergie à l'iode n'existe pas !

Hypersensibilité allergique retardée

Description plus récente

exanthèmes, urticaire, eczéma, plus rarement EPF, syndrome de Lyell..

1 heure à plusieurs jours après l'injection de PCI, en moyenne 4 à 7 jours, inf à 24 h si manifestation antérieure avec réadministration

Réaction immunitaire cellulaire médiée par les lymphocytesT

Positivité retardée des IDR et des patch tests cutanés

Épitope impliqué et mécanisme de sensibilisation avec les PCI

L'épitope ou déterminant antigénique est une séquence peptidique située à la surface d'une molécule d'antigène capable de se lier à la partie de l'anticorps correspondant ou paratope.

L'épitope ne correspond pas à l'atome d'iode

L'épitope pour les PCI n'a pas été identifié mais il ne correspond pas à la molécule d'iode

Conseils utiles

Bilan cutané : connaître impérativement le nom du PCI

Prick-test, IDR

Recherche d'une sensibilisation croisée

Les tests permettent : identification du PCI, éviction avec carte d'allergique, sensibilisation croisée et PCI autorisés pour un éventuel examen ultérieur.

Prémédication systématique devrait être abandonnée

Conclusion : l'allergie à l'iode n'existe pas

l'allergie aux produits de contraste iodés existe

Aucun bilan prédictif ne doit être réalisé

Seule une réaction de grade I à IV doit conduire à demander une exploration allergologique

Patients allergiques aux produits de la mer

Une allergie aux produits de la mer ne contre-indique pas la prise d'un médicament iodé.

Les allergènes des poissons appartiennent à la famille des parvalbulmines qui sont des protéines musculaires.

L'allergène majeur des crustacés et des mollusques est la tropomyosine

Il existe des allergies croisées entre crustacés et mollusque mais pas avec les poissons

Il est nécessaire de pratiquer une enquête allergologique avant de noter dans le dossier « allergique à tel poisson ou fruit de mer »

Même si 40% des médecins contre-indiquent un PCI chez un patient présentant une allergie documentée à un produit de la mer, elle n'est pas fondée car il n'y a aucune communauté antigénique entre les produits de la mer et les PCI

Allergie aux antiseptiques iodés, pas une allergie à l'iode

Cette classe est largement utilisée

Principal produit : polyvinylpyrrolidone iodée ou polyvidone iodée (Bétadine®, Povidone iodée Mylan)

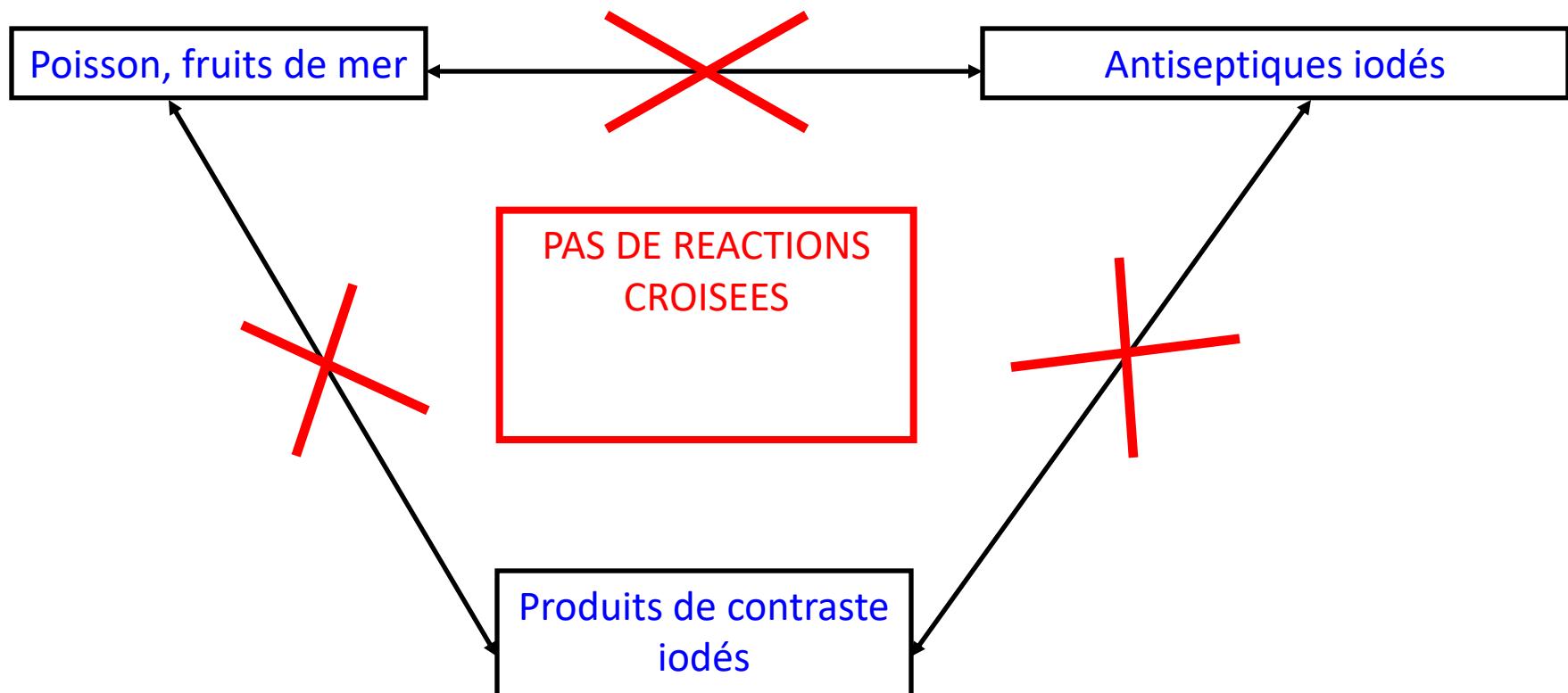
L'iode est retenu à 99% par un complexe, polyvidone (PVP), polymère de haut poids moléculaire.

La PVP-I entraîne différents types d'effets cutanés : dermatites d'irritation, eczémas de contact, urticaires de contact

Ils sont attribués aux nonoxynols (conservateur) ou à la povidone

Epitope semble être la povidone

PAS DE REACTIONS CROISEES !!



L'iode est un élément indispensable à la vie : poissons, crevettes, brocoli
L'iode est un oligoélément que nous consommons quotidiennement dans le sel.
L'iode est indispensable à la synthèse des hormones thyroïdiennes.
On doit en absorber au moins 150 µg par jour

Cet halogène est présent en très grande quantité dans certains additifs alimentaires provenant des algues marines utilisés comme épaississants et gélifiants.

La plupart des malades qui ont présenté un accident de type « allergique » à un PCI ont ultérieurement absorbé de l'iode à leur insu : en mangeant une crème glacée, non contre-indiquée chez ces patients !

Il n'y a pas de cas publiés d'anaphylaxie à l'iode 131 ou au lugol pour les explorations de thyroïde ni de cas décrits d'urticaire aéroportée en bords de mer, réputées pour leur atmosphère iodée.

Médecine : PCI, antiseptiques iodés, amiodarone, solution de lugol, iode radioactif en cas de catastrophes nucléaires

Conclusion

En pratique

Allergie à l'iode ➔ non-sens médical

Impact potentiel sur la prise en charge du patient avec perte de chance, prises de décisions médicales arbitraires et inappropriées

Analyser toute déclaration d'allergie faite par le patient

Ne pas globaliser : pas d'allergie aux PCI mais à un produit précis

Préciser la nature allergique par enquête, si prouvée, donner une carte et produits de substitutions à tests négatifs à déterminer

En cas d'accident nucléaire : pas d'allergie à l'iode

L'allergie à l'iode n'existe pas !

Vous avez fait une réaction allergique à un produit de contraste radiologique : cette allergie n'est pas due à l'iode mais à une molécule chimique.



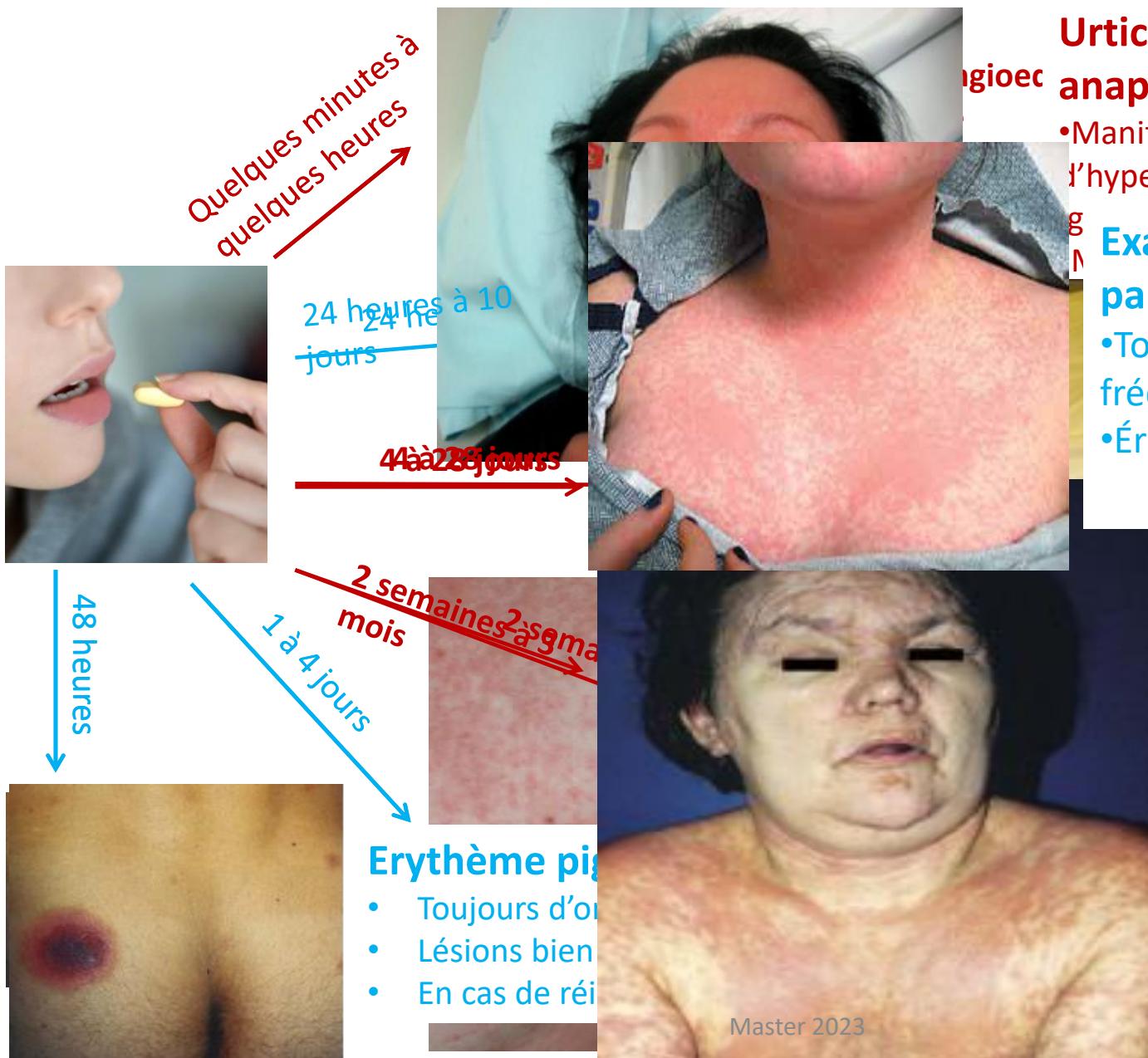
Vous avez fait une réaction allergique à un antiseptique iodé : Cette allergie n'est pas due à l'iode mais à une molécule appelée povidone.



Vous avez fait une réaction allergique à des poissons ou des fruits de mer : Cette allergie n'est pas due à l'iode mais aux protéines de ces animaux.

M. Vigan, C Biver Dalle Dermato - Allergologie, cellule communication CHRU Besançon

Les principaux types de toxidermies



Urticaire, angioedème, anaphylaxie

- Manifestations d'hypersensibilité immédiate

Exanthème maculopapuleux

- Toxidermie la plus fréquente
- Éruption bénigne

Drug reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)

- Syndrome associant une atteinte cutanée et systémique
- Délai d'apparition et de régression longs
- Hypersensibilité retardée (rôle viral?)

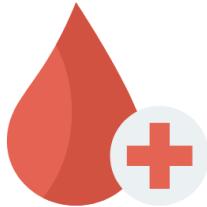


Troubles digestifs

- **Signes cliniques** : nausées, vomissements, constipation, diarrhées, colites pseudomembraneuses , atteintes hépatiques, pancréatites, ulcérations œsophagiennes, hoquets, hémorragies digestives ...
- Les atteintes hépatiques sont fréquentes : biologiques, cytolytiques, cholestatiques, formes fulminantes.
 - Toxicité directe (médicament ou métabolite)
 - Mécanisme immuno-allergique

Exemple :

- *Hépatotoxicité du paracétamol*
- *AINS et hémorragie digestive*



Troubles hématologiques

- Les troubles hématologiques touchent **les 3 lignées** :
 - Lignée rouge : anémie (+/- hémolytique)
 - Les granulocytes : neutropénie (agranulocytose) et risque infectieux +++
 - Les plaquettes : thrombocytopénie et risque hémorragique +++
- Mécanisme toxique ou immuno-allergique

Exemples :

Thrombopénie et héparine

Neuroleptiques et neutropénie

Les anticancéreux cytotoxiques (mécanisme myélotoxique dose-dépendant et limitant)



Troubles neuropsychiques

- **Signes cliniques** : anxiété, cauchemars, convulsions, états dépressifs, suicide, somnolence, tremblements, troubles psychotiques, hallucinations, troubles extrapyramidaux,...

Exemples :

Troubles psychiatriques et isotrétinoïne

Troubles neurologiques et métoclopramide (troubles extrapyramidaux, dyskinésies tardives)

Morphine et somnolence (surveillance +++)

Troubles métaboliques

- **Signes cliniques** : désordres de l'équilibre hydro-électrolytique (hypo/hyper natrémie, kaliémie,...), hyperlipidémie, hyperuricémie, hypo/hyper glycémie,....
- Surveillance biologique pour certains médicaments +++

Exemples :

Diurétiques, IEC et kaliémie

Antidépresseurs, neuroleptiques et natrémie (SIADH)

Bétabloquants (cas particulier) : masquent les signes d'hypoglycémie. (Attention aux formes collyres)



Troubles buccodentaires

- **Signes cliniques** : aphtes, colorations des dents, troubles du goût, sécheresse buccale, ostéonécroses de la mâchoire,...

Exemples :

Cyclines et coloration des dents

Quinolones et troubles du goût

Biphosphonates et ostéonécroses de la mâchoire

Nicorandil et ulcérations buccales !!!

Linezolide (Zyvoxid) coloration anormale de la langue



Troubles oculaires

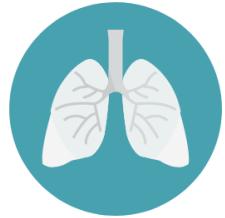
- **Signes cliniques** : cataracte, atteinte de la cornée, troubles de la vision des couleurs, glaucomes,...

Exemples :

Corticoïdes (toutes formes d'administration) et cataracte

Atropiniques et glaucome

Ethambutol et troubles oculaires à type de névrite optique axiale plus souvent que périaxiale, avec baisse de l'acuité visuelle, scotome central et dyschromatopsie pour le vert et le rouge



Troubles respiratoires

- **Signes cliniques** : dépression respiratoire, bronchospasmes, pneumopathie interstitielle...

Exemples :

Codéine et dépression respiratoire

Bétabloquants chez les asthmatiques

Amiodarone et pneumopathie interstitielle

Exemple : la Codéine/dépression respiratoire

Garçon de 2 ans, 13kg, avec une apnée du sommeil.

Subit une amygdalectomie : chirurgie simple et ressort 6 heures après avec des instructions pour l'administration orale de 10 à 12,5 mg de codéine et 120 mg de paracétamol toutes les 4 à 6 heures si nécessaire.

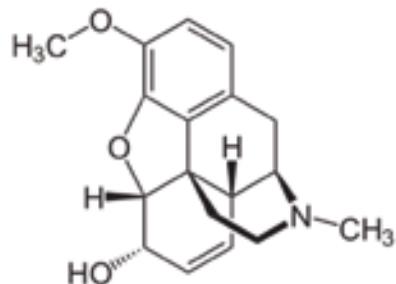
Le deuxième soir après la chirurgie, l'enfant présente de la fièvre et une respiration sifflante.

À 9 heures le lendemain, les signes vitaux de l'enfant sont absents et les efforts de réanimation ont échoué.

A l'autopsie : preuves de bronchopneumonie, détection dans le sang de codéine et de morphine et génotypage du cytochrome P-450 2D6 (CYP2D6) compatible avec un métaboliseur ultrarapide

Racoosin JA et al. New evidence about an old drug—risk with codeine after adenotonsillectomy. N Engl J Med. 2013 ; 368 (23) : 2155-7.

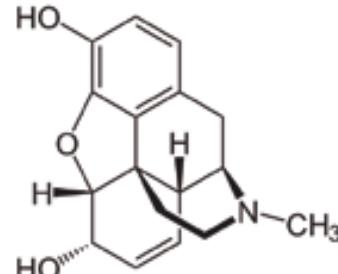
Codéine



CYP2D6

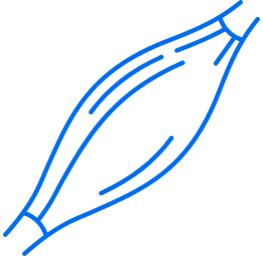
10% de la dose administrée

Morphine



La métabolisation de la codéine en morphine est variable selon les individus et les groupes ethniques car le CYP2D6 est soumis au phénomène de polymorphisme génétique : chez les métaboliseurs rapides et ultra rapides, la codéine est alors transformée en morphine en grande quantité et rapidement.

→ Ces sujets sont exposés à un surdosage potentiellement dangereux et parfois fatal. Ce polymorphisme concerne 1 à 7% de la population et jusqu'à 29% pour les Africains éthiopiens.



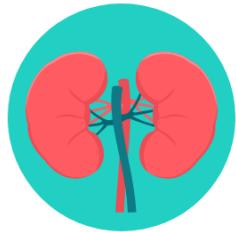
Troubles musculaires et osseux

- **Signes cliniques** : crampes, ostéoporose, crises de goutte, rhabdomyolyse...

Exemples :

Statines et rhabdomyolyse

Corticoïdes au long cours et ostéoporose



Troubles urinaires et rénaux

- **Signes cliniques** : coloration des urines, incontinence, insuffisance rénale, lithiases urinaires,...
- Mécanisme toxique ou immuno-allergique
- Toxicité aigue ou chronique
- Les principaux médicaments à l'origine d'une néphrotoxicité sont les **AINS**, les **IEC**, les **antibiotiques** et les **diurétiques** (*Jouanny et al. 1994*).
- Attention aux facteurs de risque : âge, déshydratation

Sevrage médicamenteux

→ Effet de privation

- délai d'apparition /réécupération dépend de la cinétique

Ex : angor et arrêt des β -bloquants ; convulsion et arrêt des BZD ; Insuffisance surrénalienne et arrêt des glucocorticoïdes



Tératogenèse et foetotoxicité

→ Effet malformatif ou foetotoxiques des traitements maternels/paternels

- connaissance chez l'Animal, de quelques cas exposés....jamais d'études
- bénéfice/risque chez toute femme en âge de procréer!

Ex : distilbène, thalidomide, rétinoïdes(acné), antiépileptiques (valproate)

→ Penser aussi à l'allaitement



Tératogenèse et foetotoxicité

- **Les effets tératogènes** (malformatifs) : malformations chez l'embryon lors de son développement *in utero*. La période à risque correspond au premier trimestre de la grossesse.
- **Les effets foetotoxiques** : retentissement foetal ou néonatal à type d'atteinte de la croissance, ou de la maturation histologique ou la fonction des organes en place. La période à risque débute au deuxième trimestre de la grossesse.
- Depuis 2017, pictogramme « femmes enceintes » sur la boîte des médicaments.





Interactions médicamenteuses



Interactions médicamenteuses (IM) : pourquoi s'y intéresser ?

- **3 situations (prévalence?)**

- exceptionnelles avec répercussions

- fréquentes sans conséquences

- assez fréquentes avec complications**

- **Des circonstances favorisantes**

- Poly(auto)médication
 - Pathologies associées
 - M index thérapeutique étroit
 - Prescription

« Plus un patient prend de médicaments,
plus la probabilité qu'une réaction indésirable
se produise est grande »
Stockley IH. Drug Interaction.
Pharmaceutical Press 1999;1-14

→ **bonne connaissance des mécanismes PK-PD
et de leurs évolutions**

De manière générale, les modèles pharmacocinétiques décrivent la façon dont l'organisme réagit à un médicament en termes d'absorption, de distribution, de métabolisme et d'excrétion. Les modèles pharmacodynamiques décrivent la façon dont un médicament agit sur l'organisme en associant la concentration de médicament à une métrique d'efficacité (ou de sécurité).

IM : contexte

- **Intérêt +++ : de la PK-PD aux conséquences cliniques (iatrogénie)**
 - diminution effet thérapeutique
 - exagération effets indésirables
- **Accidents médicamenteux → problématique de santé publique**
 - hospitalisations
 - retraits de certains médicaments
 - aspects légaux

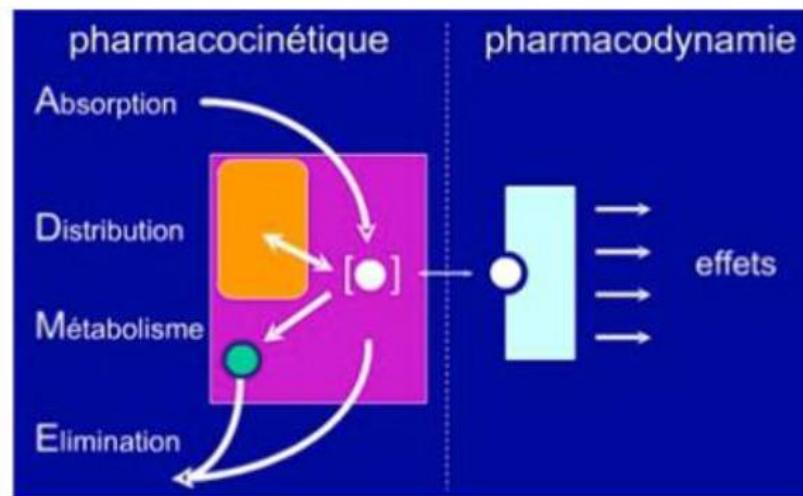
→ de la PK-PD à la santé publique...

Mécanisme d' action des IM : 2 types

Pharmacocinétiques (PK)

Absorption
Distribution
Métabolisme
Élimination

Pharmacodynamiques (PD)



Mode d' action
additivité
potentialisation
antagonisme



IV – Les erreurs médicamenteuses

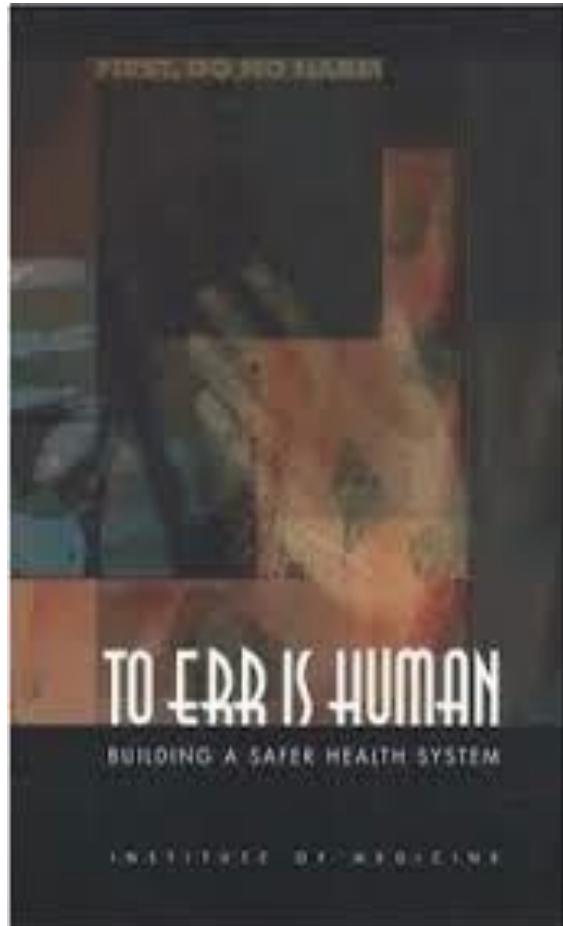


Epidémiologie

En France :

- Le médicament = 3^{ème} cause d'EIF
- 50% de ces EIF sont évitables
- Entre 10 000 et 30 000 décès attribuables chaque année en France à un accident médicamenteux





To err is human, IOM, 1999

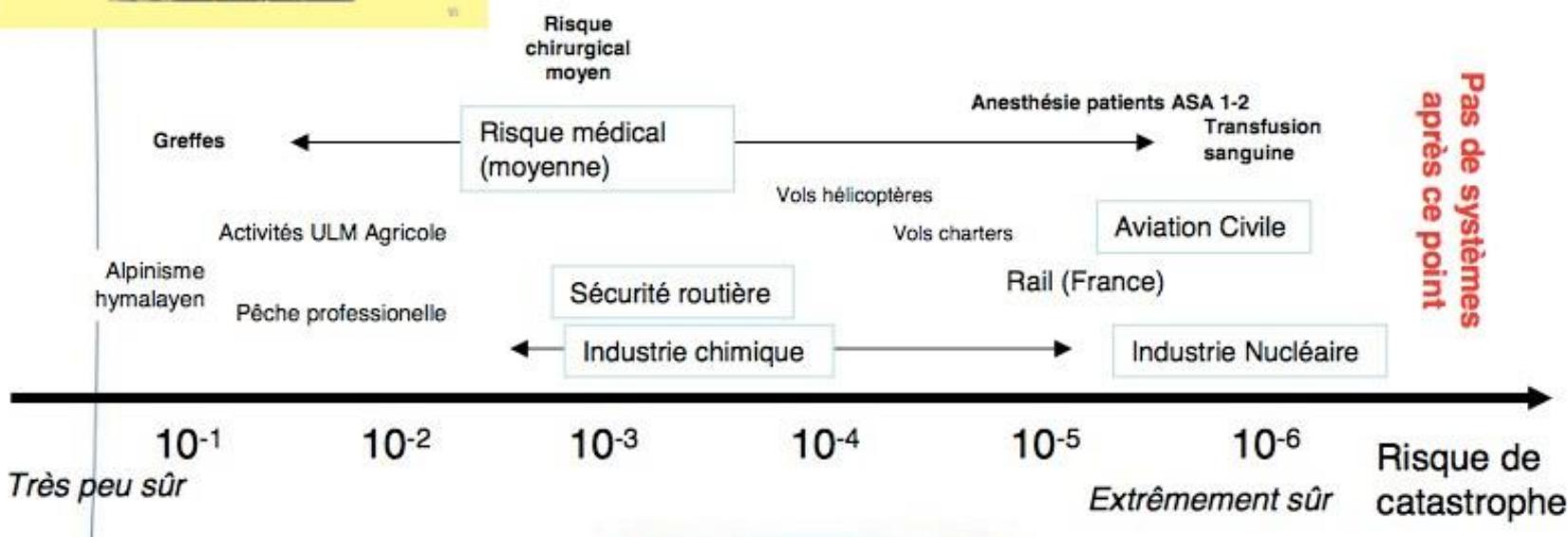
- 98 000 décès suite à une erreur médicale dans les hôpitaux aux USA

- 8ème cause de mortalité aux USA (devant décès dus au cancer du sein, aux accidents de la route ou au VIH)



Des chiffres comparables dans les pays occidentaux :

- 1 évènement indésirable pour 10 entrées à l'hôpital
- 40% évitable



Amalberti, R. Auroy, Y. Berwick, D., Barach, P. Ann Intern Med. 2005

Tout le monde commet des erreurs





Jeudi 25 Décembre 2008

Tragique méprise à l'hôpital

Par M.P

leJDD.fr

Une erreur dans l'administration d'un médicament a coûté la vie à un enfant de trois ans, mercredi soir, admis à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Paris (14e) pour une simple angine. La garde à vue prolongée de l'infirmière alimente la polémique. Des syndicats des personnels de santé s'insurgent contre cette mesure et demandent la démission de Roselyne Bachelot. La ministre dénonce la "récupération d'un drame" ..

Article publié le 25/03/2010 Source : Le Figaro

Source : ANSM

En février 2011, un nouveau cas grave d'erreur médicamenteuse survenu dans un établissement de santé, après l'administration d'une ampoule de chlorure de potassium par voie intraveineuse directe, par injection trop rapide et sans dilution a conduit au décès d'une patiente

Un enfant meurt après une erreur médicale de l'hôpital

Extrait : Hospitalisé à la Timone à Marseille, un garçon âgé de six ans a été victime d'une surdose de chimiothérapie le 3 février dernier. Un médicament très puissant, le Navelbine, lui a été administré «à des taux nettement supérieurs» à ce qu'ils auraient dû être. Il est évoqué «des fautes cumulées» : «une erreur possible de virgule» dans la rédaction ou la lecture de l'ordonnance et la délivrance d'une quantité excessive de produit par la pharmacie de l'hôpital.

→ Coût Humain

Aux US par an : 1,5 millions le nombre de patients confrontés à une erreur médicamenteuse et à 7000 le nombre de patients qui en décèdent

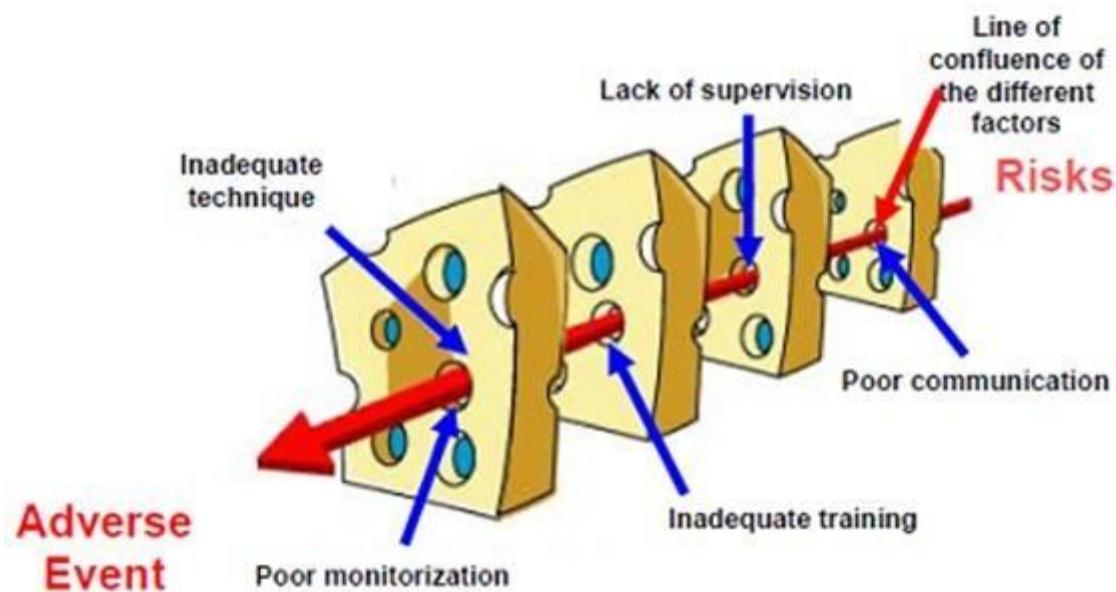
En Europe, les erreurs médicamenteuses représenteraient 18,7 à 56% de tous les effets indésirables des médicaments en établissement de santé

→Coût Financier

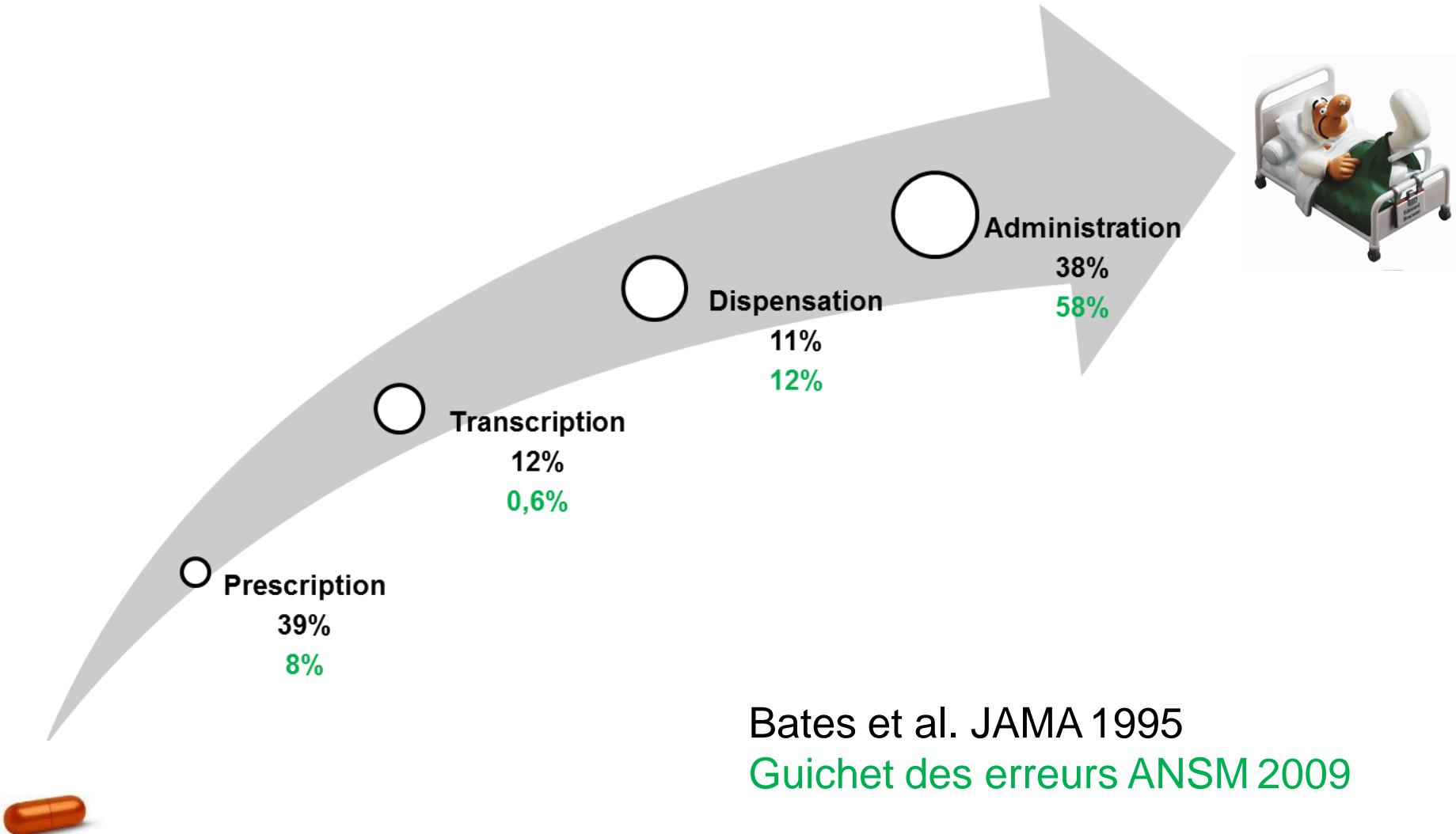
Coûts annuels pour les systèmes de santé européens entre 4,5 et 21,8 milliards €

- Avant 1990, l'approche culturelle en gestion des risques était orientée vers la recherche de responsabilités des auteurs d'erreurs.
- A partir de 1990, J.Reason développe une nouvelle approche du risque en considérant que l'erreur humaine est inévitable.

« Bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent. »



Quelles Etapes du circuit du médicament ?



Caractérisation de l'erreur médicamenteuse (EM)

1 - Degré de réalisation

Erreurs avérées, potentielles ou latentes (risques d'erreur)

3 - Type d'erreur

Caractéristique principale d'erreur médicamenteuse employée dans les études sur les erreurs médicamenteuses.

2- Niveau de réalisation

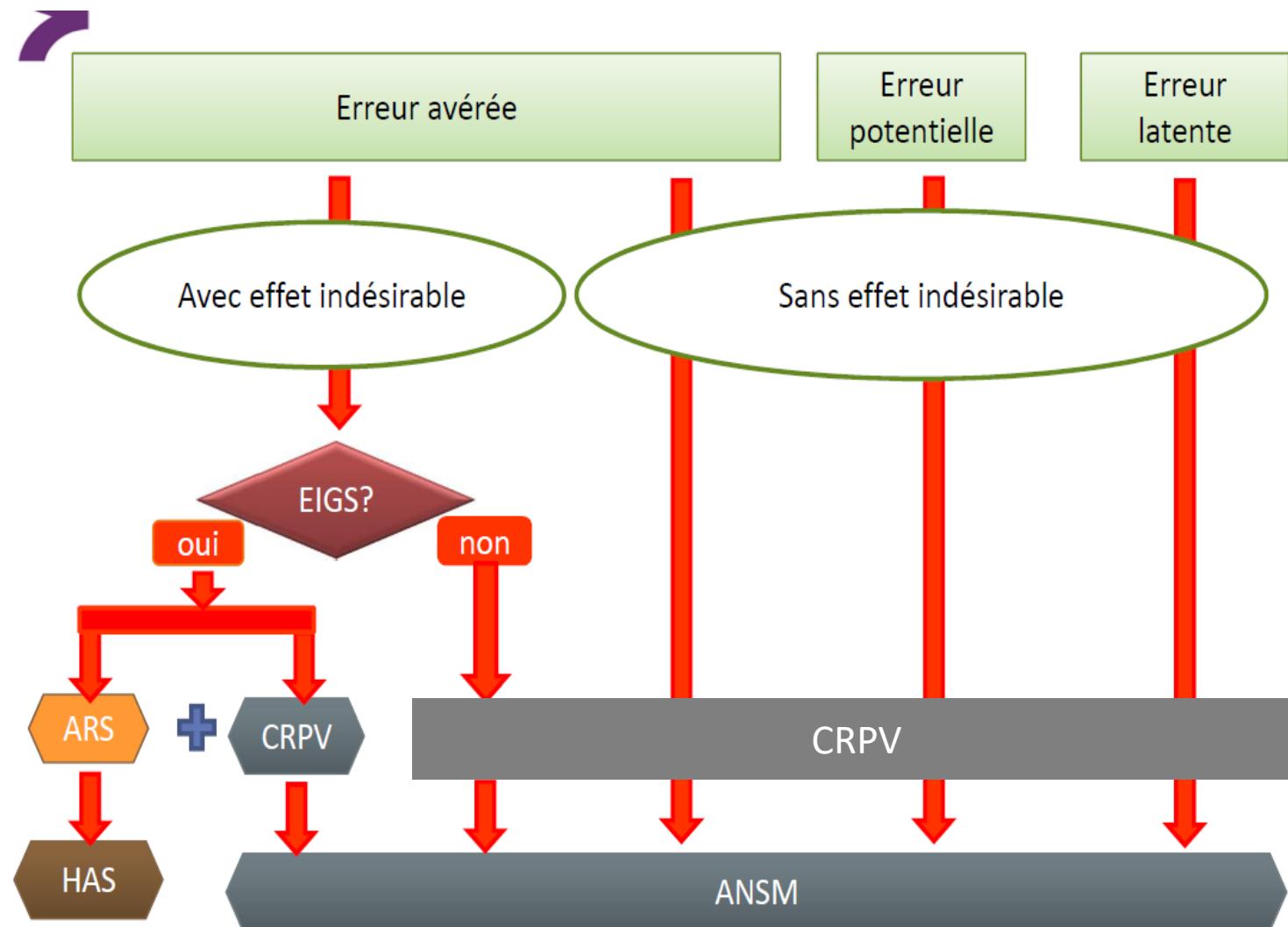
Etape du circuit du médicament à laquelle s'est produite l'erreur

4- Cause(s) de l'erreur

Facteur (situation, événement) antérieur à l'erreur médicamenteuse et qui peut être reconnu comme étant à l'origine de la survenue d'une erreur médicamenteuse.

Entre 2008 et 2019 : guichet des erreurs médicamenteuses de l'ANSM pour les EM sans effets indésirables.

Depuis 2019, CRPV en charge de la réception, analyse et enregistrement de toutes les EM



Exemple d'actions

- Sexe : féminin
- Prise en charge médicale et rééducation
- Prescription d'entrée avec potassium *per os*
- Passage à l'injectable le jour J
- Prescription : KCl 10% 10mL (1g) INJ : 1 ampoule matin et soir par voie injectable
- Plan d'administration infirmier : prescription de KCl sous l'item “injectable” à distance proche de perfusion de NaCl

- Administration du produit par voie IV directe sur 5 min, sans dilution
- Conséquences :
 - Troubles du rythme cardiaque immédiats
 - Décès de la patiente 1 heure plus tard



Harmonisation d'étiquetage (1^{ère} vague)

1^{ère} vague d'harmonisation en octobre 2007 et a concerné 4 substances (adrénaline, atropine, chlorure de potassium et éphédrine)

Couleur noire des caractères pour toutes les ampoules de solution injectables de médicaments sauf :

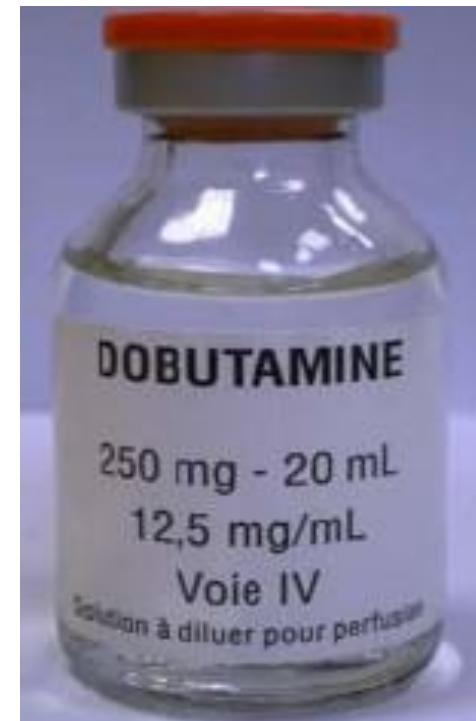
Chlorure de POTASSIUM (KCl) Adrénaline (ADREnaline)

Harmonisation d'étiquetage (2^{ème} vague)

En 2009, étiquetages harmonisés pour une quarantaine de substances actives, dont des électrolytes, des anesthésiques et quelques molécules considérées comme prioritaires.



avant



après



Chlorure de Potassium injectable à diluer

Attention aux erreurs : risque de décès

PRESCRIPTION : DES RÈGLES À RESPECTER

- ◆ Privilégier la voie orale (hypoK légère à modérée)
- ◆ Voie IV uniquement pour les hypoK sévères ($K^+ < 3 \text{ mmol/L}$) et patients ne pouvant pas avaler
- ◆ Préférer des poches pré-diluées
- ◆ Vérifier l'apport total en KCl et les médicaments hyperkaliémiants

MENTIONS DEVANT FIGURER SUR LA PRESCRIPTION

- ◆ Posologie en quantité : adultes en gramme, enfants en mmol/kg/j
- ◆ Volume total de diluant : NaCl 0,9% ou glucose 5%
- ◆ Débit de perfusion : ne jamais dépasser 1 g/heure de KCl ou 13,4 mmol/h
- ◆ Perfusion par voie IV lente

PRÉPARATION : SOLUTIONS À DILUER

1. Lire toutes les mentions de l'étiquetage
2. Préparer sans interruption de tâche et si possible double contrôle
3. Diluer la solution ou utiliser une poche pré-diluée
4. Étiqueter la préparation: dose et volume total

ADMINISTRATION : PERFUSION IV LENTE

- ◆ Concentration max finale : 4 g/L de KCl ou 53,6 mmol/L de K^+
- ◆ Après dilution, à perfuser lentement : 1 g/h
- ◆ Surveiller régulièrement les paramètres cliniques et biologiques

STOCKAGE DÉDIÉ

- Différencier le stock par des moyens adaptés :
- ◆ Étiquetage d'alerte
 - ◆ Ranger à distance des autres électrolytes
 - ◆ Restreindre les stocks selon les besoins des services

Ma 2017

MÉMO

AIDE À LA PRÉPARATION ET À L'ADMINISTRATION

Quantité de KCl	Quantité de potassium (K^+)	Volume minimal après dilution dans NaCl 0,9% ou G5%	Durée minimale de perfusion
1 g	13,4 mmol	250 mL	1 h
2 g	26,8 mmol	500 mL	2 h
3 g	40,2 mmol	1 000 mL	3 h
4 g	53,6 mmol	1 000 mL	4 h

Attention : à adapter aux enfants, aux patients en réanimation, en restriction hydrique, en insuffisance rénale.

Comment prévenir les erreurs
médicamenteuses ?

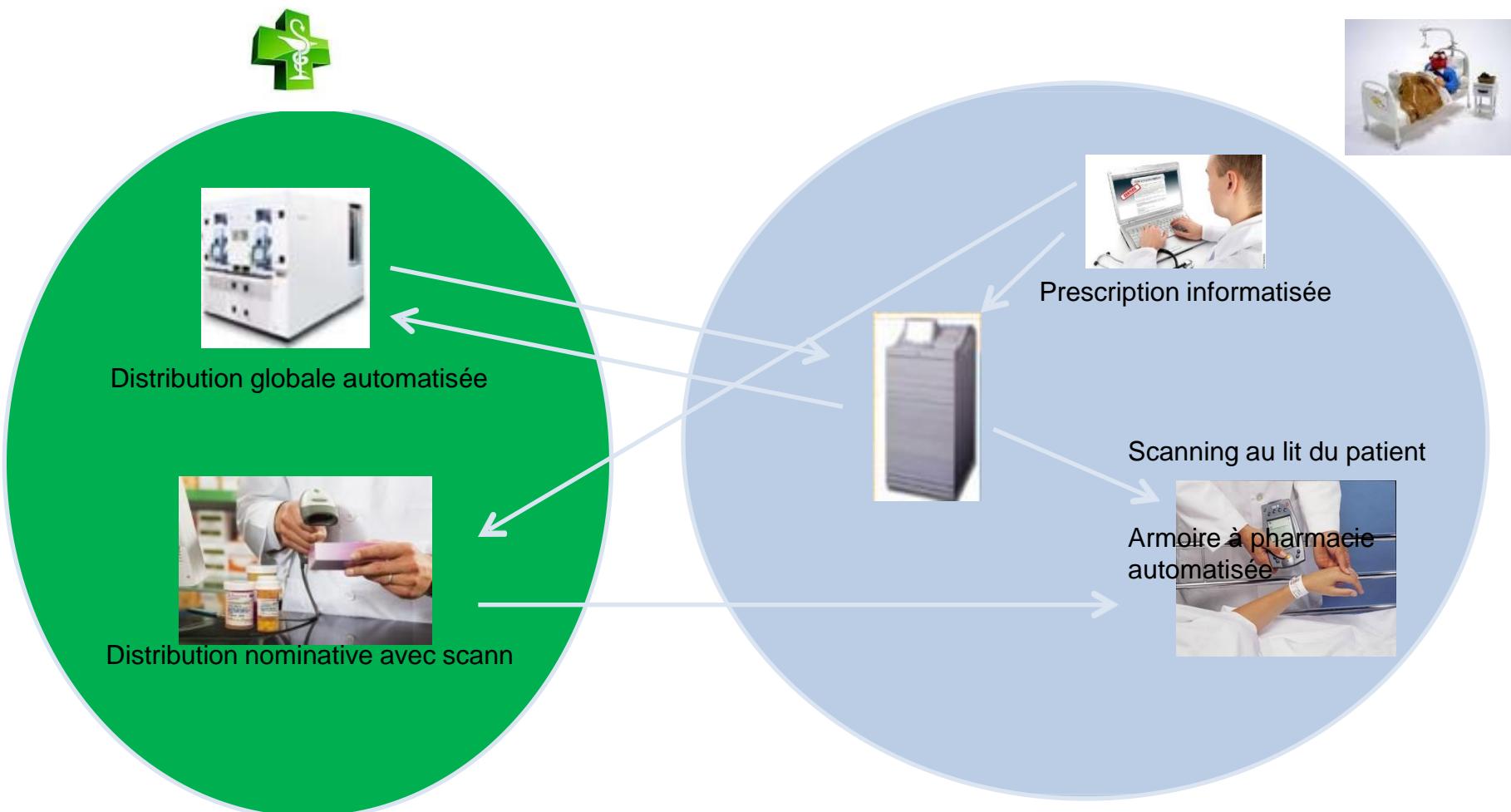
Obligations réglementaires

- Loi du 21 juillet 2009 (HPST) —> Priorité pour la Qualité et Sécurité des soins
- Décret du 12 novembre 2010 —> Lutte contre les évènements indésirables associés aux soins
- Certification HAS
- Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM)
- Référentiel de management de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (arrêté du 6 avril 2011)

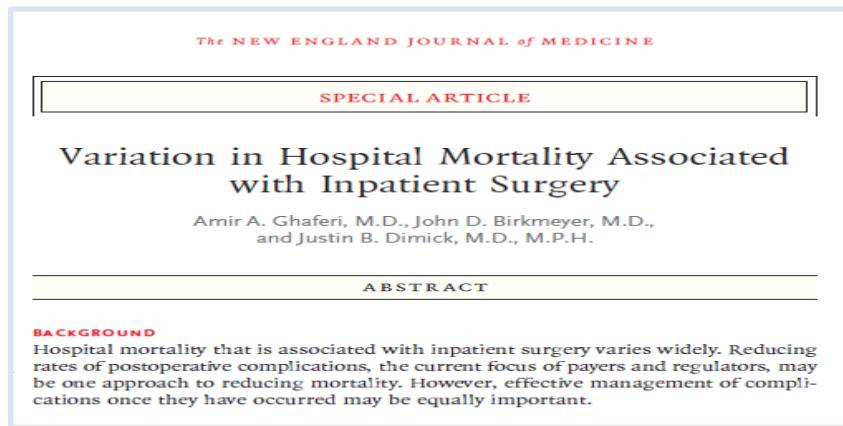
Never-events

- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque
- Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
- Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)
- Erreur d'administration d'insuline
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
- Erreur d'administration de gaz à usage médical
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)
- Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidose de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie

Informatisation du système



Déclaration et analyse systématique



Les établissements de santé présentant le plus grand risque pour le patient ne sont pas ceux qui ont le taux le plus élevé de complications et d'erreurs, mais ceux qui traitent leurs complications de façon non optimale

→ Culture positive de l'erreur

Au cours du développement du médicament

Analyse des causes *a priori* pour considérer les risques potentiels du médicaments.

Ex :

- Les plaquettes thermoformées peuvent être difficiles à ouvrir pour les patients présentant des problèmes de dextérité.
- Un certain nombre de médicaments à visée respiratoire sont présentés sous forme de capsules (inhalation avec un dispositif) et peuvent par inadvertance être avalés par les patients.
- Pour les formes parentérales : problème de reconstitution, erreur de calcul,...

Bien penser le nom du médicament

Risque de confusion entre deux spécialités

Ex

ABILIFY et ALIBI

PREVISCAN et PERMIXON

NICORANDIL et NICARDIPINE

VALDOXAN et VALSARTAN



Bien penser la forme et le conditionnement du médicament

Description correcte du médicament permettant :

- la sélection et l'identification du produit,
- un respect des consignes de stockage,
- la sécurisation de la préparation, la distribution et l'administration, la surveillance ainsi que la traçabilité du produit.

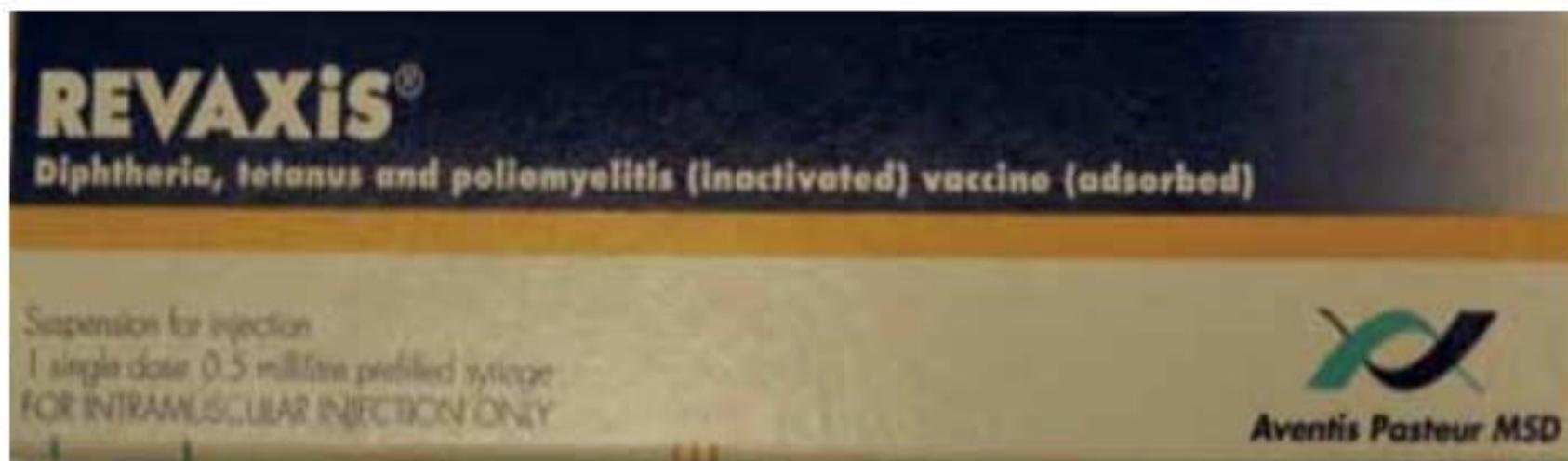
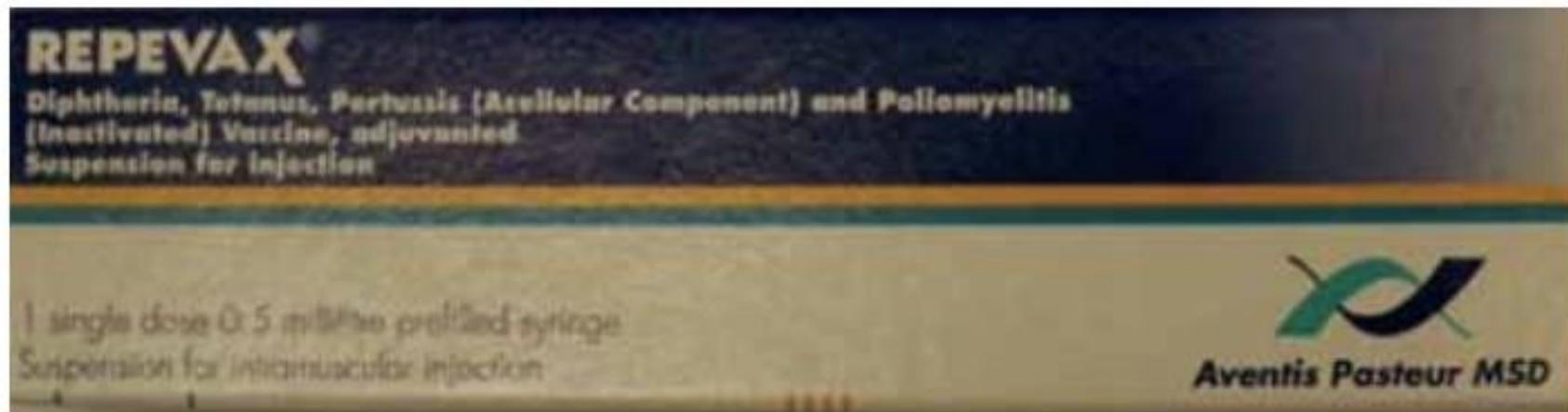
Attention aux déficiences visuelles ! La déficience pour la couleur rouge-vert affecte jusqu'à 1 homme sur 12 et 1 femme sur 200.

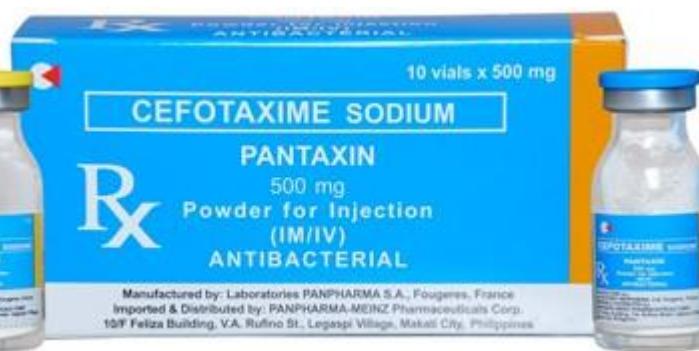
Figure 8. Unsafe and safer designs of oral medicine packs (National Patient Safety Agency, 2006). Reproduced with permission.



Figure 11. Look-alike medicine products: Repevax® and Revaxis®

Reproduced with permission.





PREVISCAN[®]



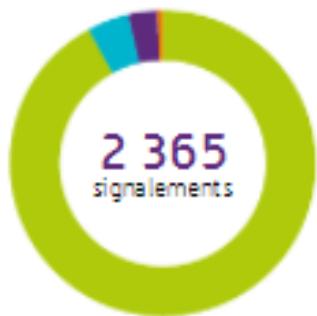
LISINOPRIL[®]



Bilan erreurs médicamenteuses 2020

Données
2020

SIGNALÉMENTS RAPPORTÉS À L'ANSM



PROPORTION DES EFFETS INDÉSIRABLES SUITE AUX SIGNALÉMENTS D'ERREURS AVÉRÉES



ÉVOLUTION DES SIGNALÉMENTS D'ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Exemple

- **Patient :** Enfant de 16 mois
- Le patient présente une hémophilie A et doit subir une intervention chirurgicale.
- Dans ce contexte, le patient reçoit de l'ADVATE® dans un protocole de traitement substitutif lors de l'opération et un traitement par EXACYL® est prévu à 100 mg 3 fois par jour et poursuivi pendant 10 jours.
- Lors de l'opération, l'EXACYL® buvable (1g/100mL) est injecté par erreur à la place d'EXACYL® injectable (0,5 g/5mL).
- La reconstitution par une infirmière comporte une dilution au 1/10è pour les enfants, cette dilution n'a pas été réalisée. Le médecin s'en rend compte et n'injecte que 3 mL au lieu des 10 mL prévus. L'enfant reçoit donc 300 mg en une fois.
- Aucun effet indésirable n'est rapporté lors de son hospitalisation.



Exemple



- **Patient :** Homme de 64 ans
- Prescription médicale d'ALIBI® (pastilles contre l'halitose) : 1 pastille/j pendant 5 jours.
- ➔ Dispensation d'une boîte d'ABILIFY® (aripiprazole) en ambulatoire
- Hospitalisation pour un syndrome confusionnel aigu fluctuant + hallucinations visuelles et sensitives brèves et transitoires.
- Pas d'explication retrouvée au TDM pour la confusion
- Evolution favorable.



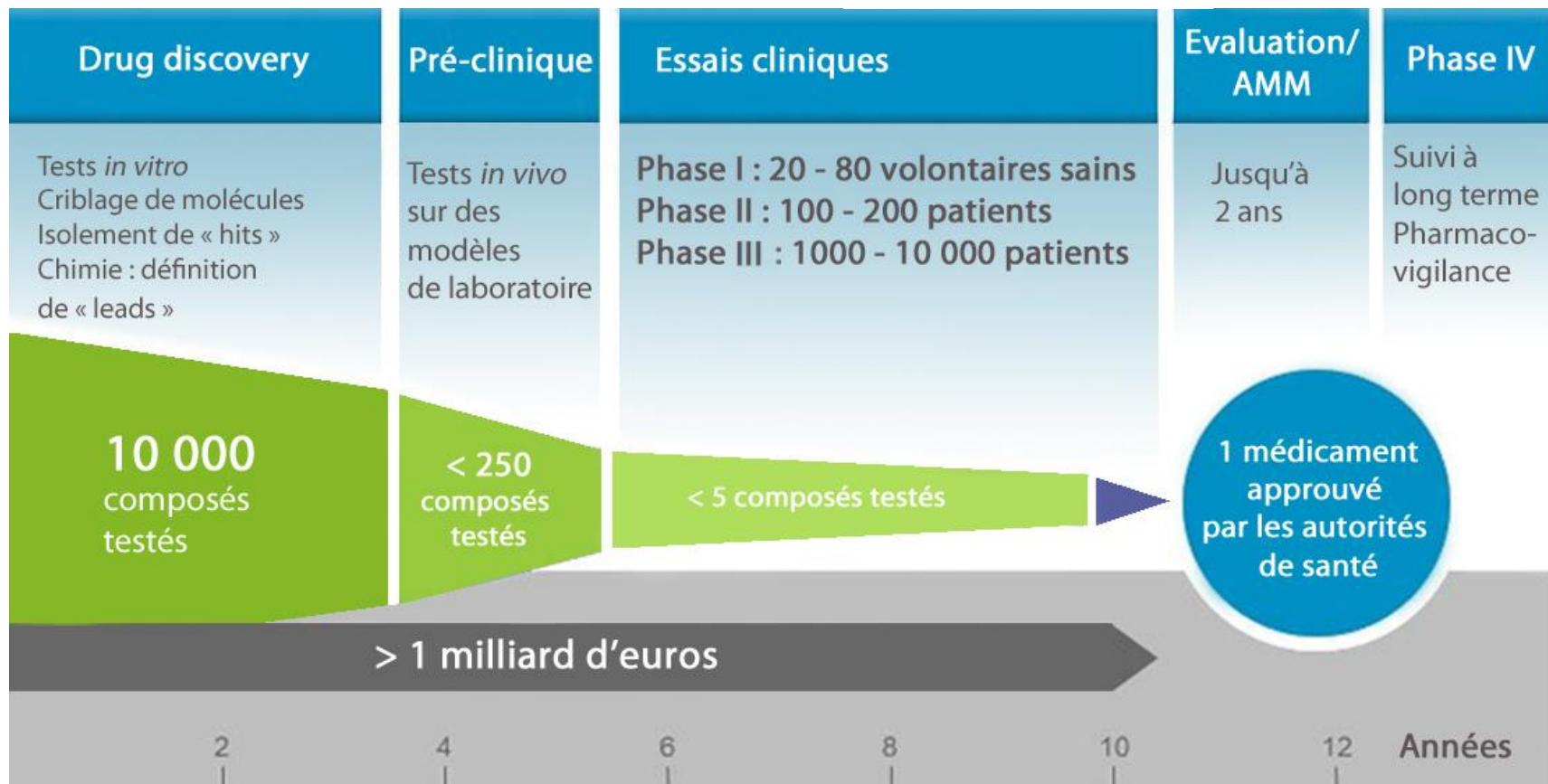
V – La pharmacovigilance



La pharmacovigilance

Pourquoi déclarer ?

Médicament (mise sur le marché)



Estimation du risque médicamenteux avant sa mise sur le marché

- Etudes cliniques

- Déclaration de tous les EI survenus au cours des études
- Limites qualitatives
 - ➔ Représentativité vis-à-vis de la population future des utilisateurs du médicaments ?
- Limites quantitatives
 - ➔ Les risques encourus suite à une utilisation à une plus large échelle ne peuvent être entièrement connus.

Surveillance du médicament après sa mise sur le marché

- Le médicament doit faire l'objet d'une surveillance permanente après avoir obtenu une AMM, afin d'optimiser son bon usage.
- La PV dure toute la vie du médicament et concerne une large population dans la «vraie vie».
- But : amélioration du rapport B/R des médicaments
 - Echelon individuel : choisir le meilleur médicament pour un patient donné
 - Echelon populationnel : maintenir ou non un médicament sur le marché ou informer les médecins du risque potentiel

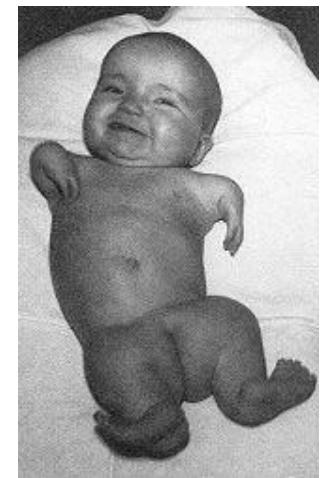
→ **Recueil et Analyse des Effets Indésirables après commercialisation indispensable**

La pharmacovigilance

Historique

Historique

- 1961 : thalidomide et tératogénèse



Historique

- Années 1970 :

diéthylstilboestrol Distilbène®

"Really?"

desPLEX®

to prevent ABORTION, MISCARRIAGE and
PREMATURE LABOR

recommended for routine prophylaxis ...

96 per cent live delivery with desPLEX
in one series of 1200 patients^{1,2}—
—bigger and stronger babies, too.^{cl. 1}

No gastric or other side effects with desPLEX
—in either high or low dosage^{3,4,5}

(Each desPLEX tablet starts with 25 mg. of diethylstilbestrol, U.S.P., which is then ultramicrosize to smooth and accelerate absorption and activity. A portion of this ultramicrosize diethylstilbestrol is even included in the tablet coating to assure prompt help in emergencies. desPLEX tablets also contain vitamin C and certain members of the vitamin B complex to aid detoxification in pregnancy and the effacement of estrogen.)

For further data and a generous trial supply of desPLEX, write to:
Medical Director

REFERENCES

1. Caspary, E. M., et al.: Am. J. Obst. & Gynec. 65:1298, 1953.
2. Gilmore, W. H.: Reproductive Biology, Vol. 1. New York: J. Med. 50:2823, 1950.
3. Kornaky, K. J.: Surg. Gynec. Obstet. 145:1164, 1954.
4. Peito, E. F.: Med. Times 82:921, 1954; Am. J. Surg. 87:95, 1954.
5. Ross, J. W.: J. Nat. M. A. 43:20, 1951; 45:223, 1953.

GRANT CHEMICAL COMPANY, INC., Brooklyn 26, N.Y.

Page 14 June 1957

Am. J. Obst. & Gynec.

Historique

- 1961 : thalidomide et tératogénèse
- Années 1970 : diéthylstilboestrol Distilbène®
- 1968 : 1^{er} centre OMS de PV aux EU
- 1971 : 1^{er} centre OMS européen de PV à Genève
- 1973 : Création d'un centre national de PV
- 1976-1982 : CRPV (implantation dans les CHU)

Pharmacovigilance

Structure officielle missionnée pour identifier, analyser les effets indésirables et proposer des actions pour minimiser le risque et ainsi optimiser la prise en charge du patient

→ Permet de pallier aux insuffisances des essais cliniques concernant l'évaluation de la sécurité des médicaments

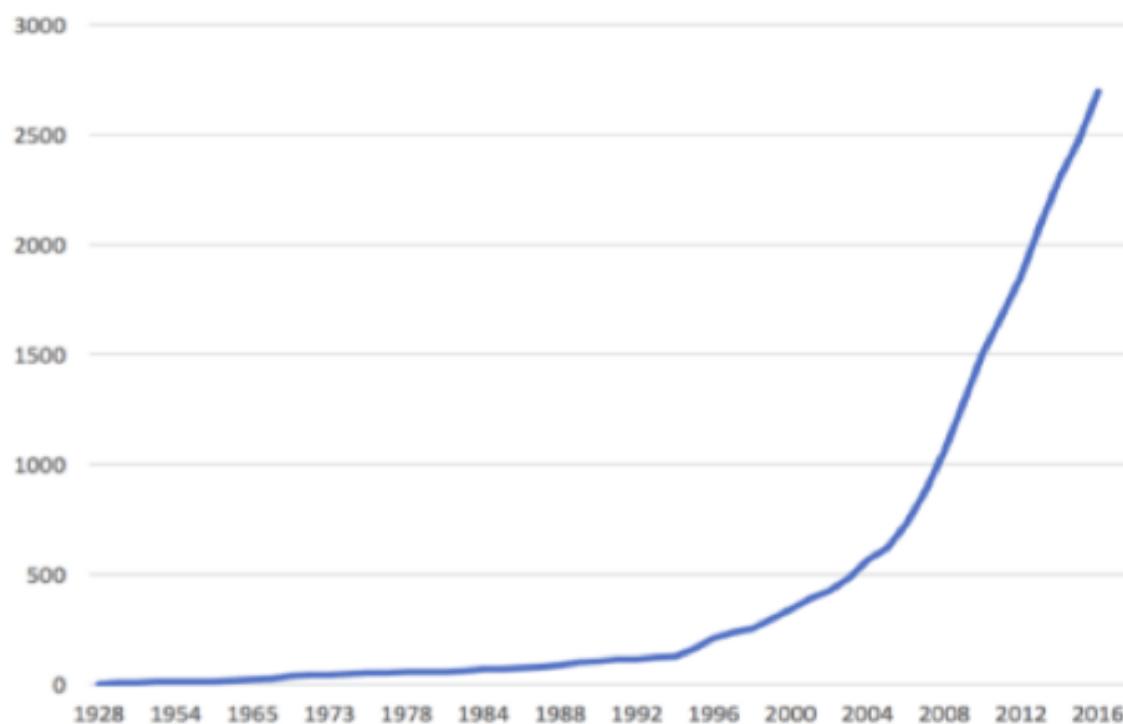
Comporte le signalement des effets indésirables suspectés d'être dus à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150, y compris en cas de **surdosage**, de **mésusage**, d'**abus** et d'**erreur médicamenteuse**, ainsi que la surveillance des effets indésirables liés à une **exposition professionnelle**.

Décret du 8/11/12

- Au moment de la mise sur le marché, on a :
 - Résultats des études expérimentales chez l'Animal et des tests *in vitro* : « pré-clinique »
 - Des études cliniques portant sur un nombre limité de patients sélectionnés
 - Des études cliniques sur des périodes courtes dans le temps
 - Des études souvent versus placebo et pas spécialité de référence (apporte amélioration ou pas ?)

La pharmacovigilance mène des actions en réponse à l'insuffisance de l'évaluation du risque lors de l'AMM

Evolution du nombre de médicaments

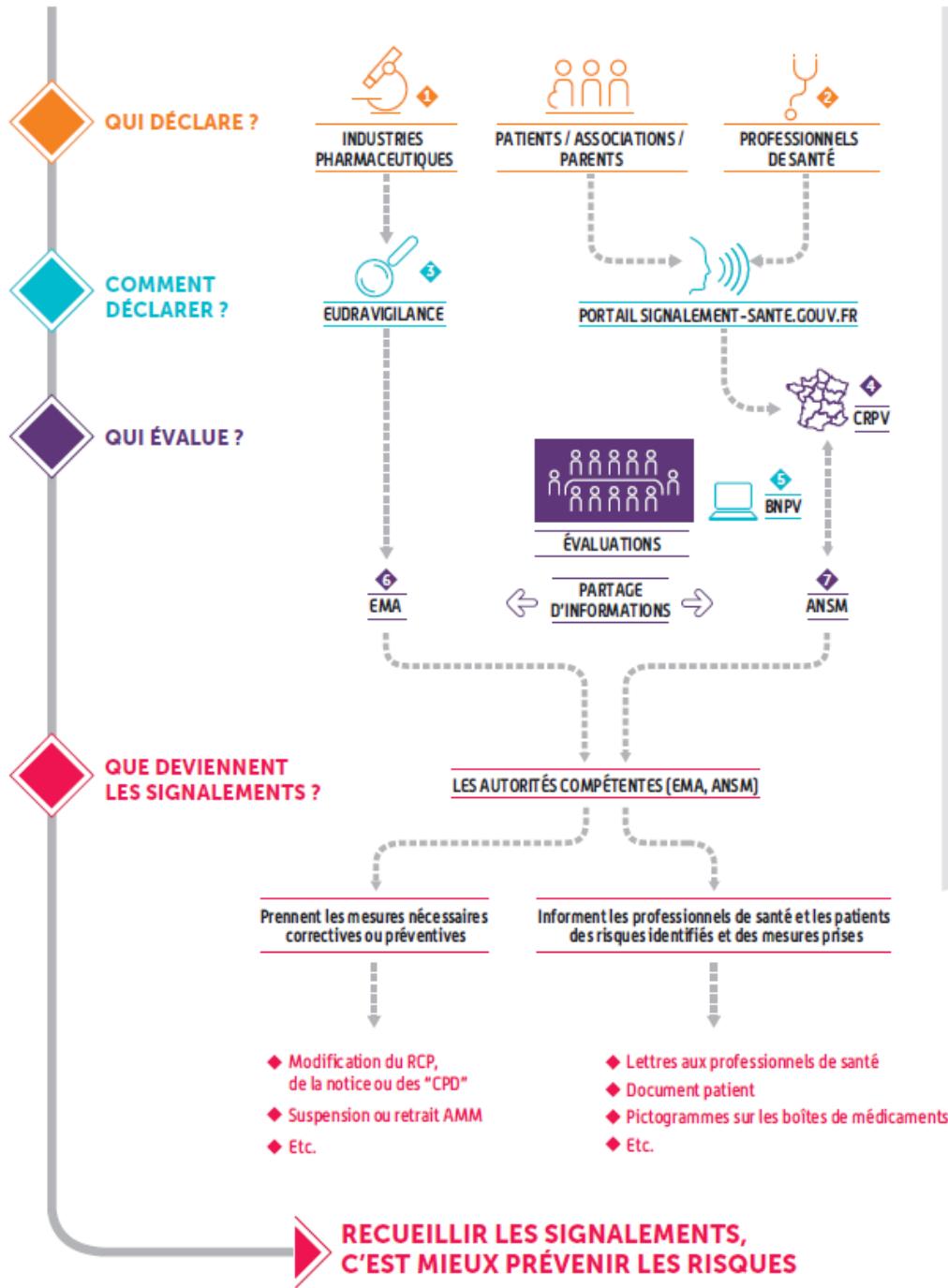


Surveillance indispensable des produits de santé pour :

- déetecter** le risque médicamenteux,
 - quantifier** ce risque (prévalence et incidence),
 - comparer** au sein d'une même classe médicamenteuse,
 - prévenir** (identification des facteurs de risque),
 - informer** les professionnels de santé.
- Promouvoir le bon usage des médicaments en contribuant à l'évaluation bénéfice/risque = **rôle de la Pharmacovigilance**

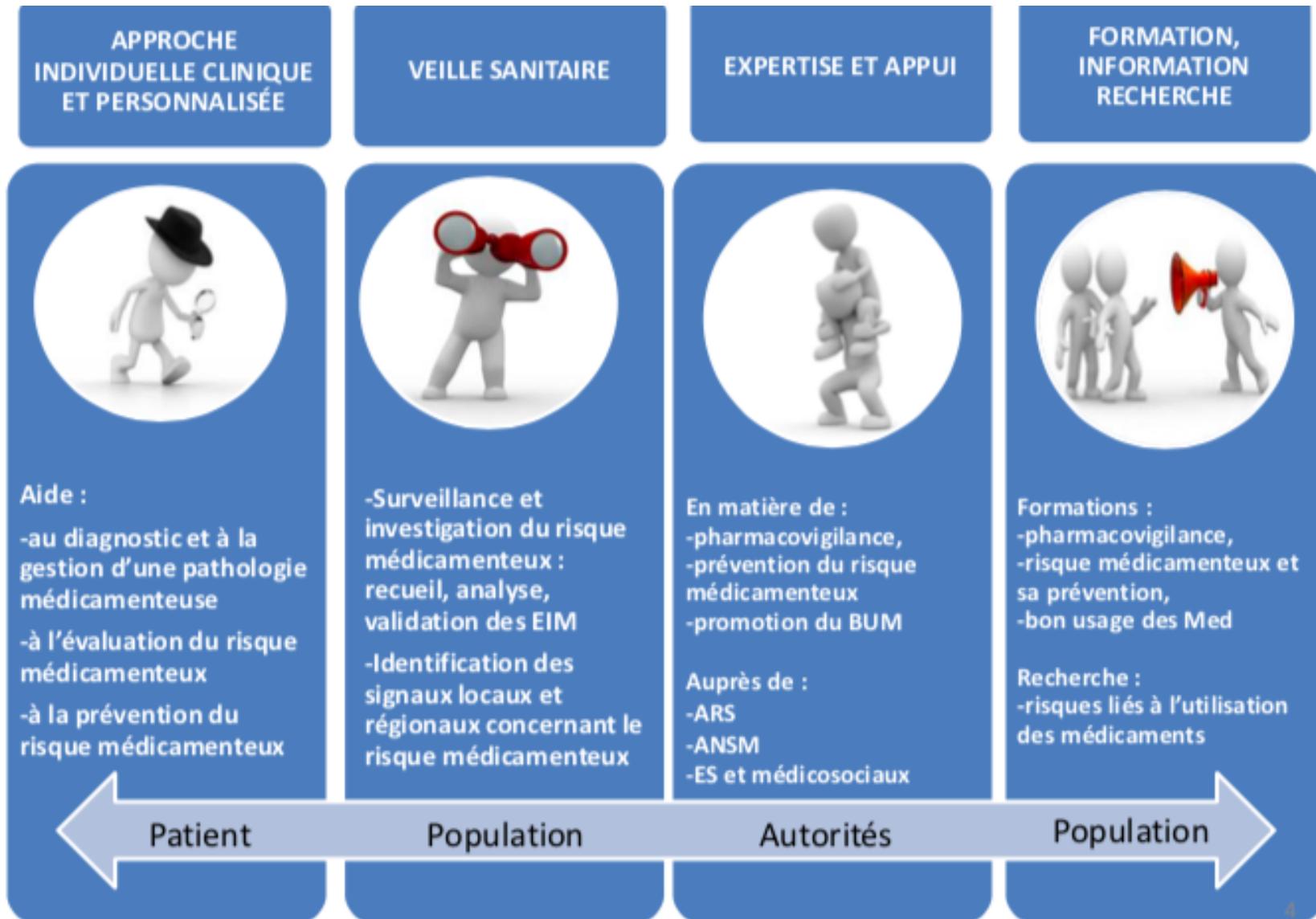
La pharmacovigilance

Organisation

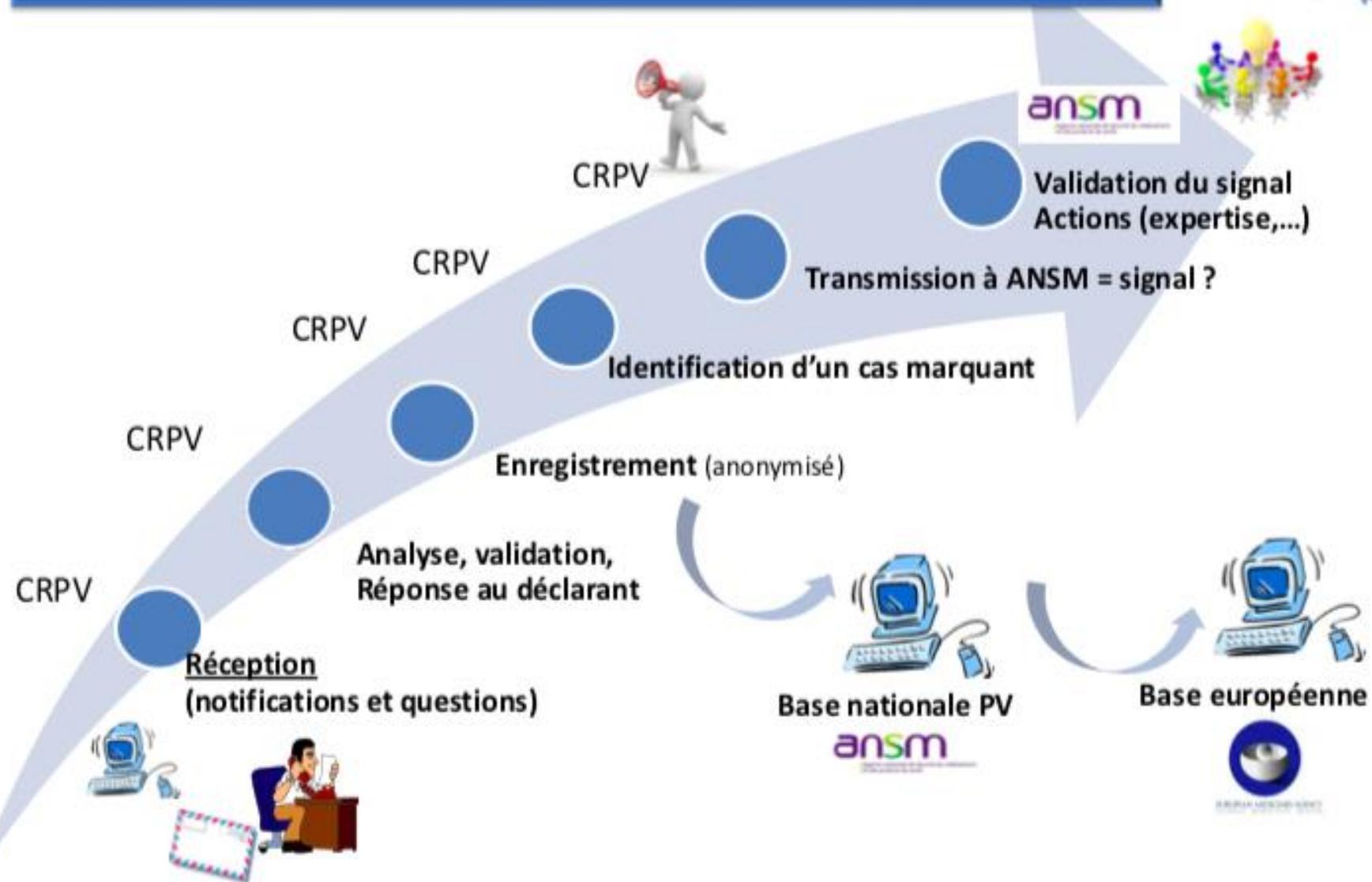


- INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES**
Déclaration obligatoire pour tous les effets indésirables graves.
- PROFESSIONNELS DE SANTÉ**
Déclaration obligatoire par les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes. Déclaration fortement conseillée par les autres professionnels de santé.
- EUDRAVIGILANCE**
Base européenne de pharmacovigilance.
- CRPV**
Centres régionaux de pharmacovigilance.
- BNPV**
Base nationale de pharmacovigilance.
- EMA**
Organise et coordonne le système de pharmacovigilance européen.
- ANSM**
Autorité compétente en France en matière de pharmacovigilance.

Missions des CRPV

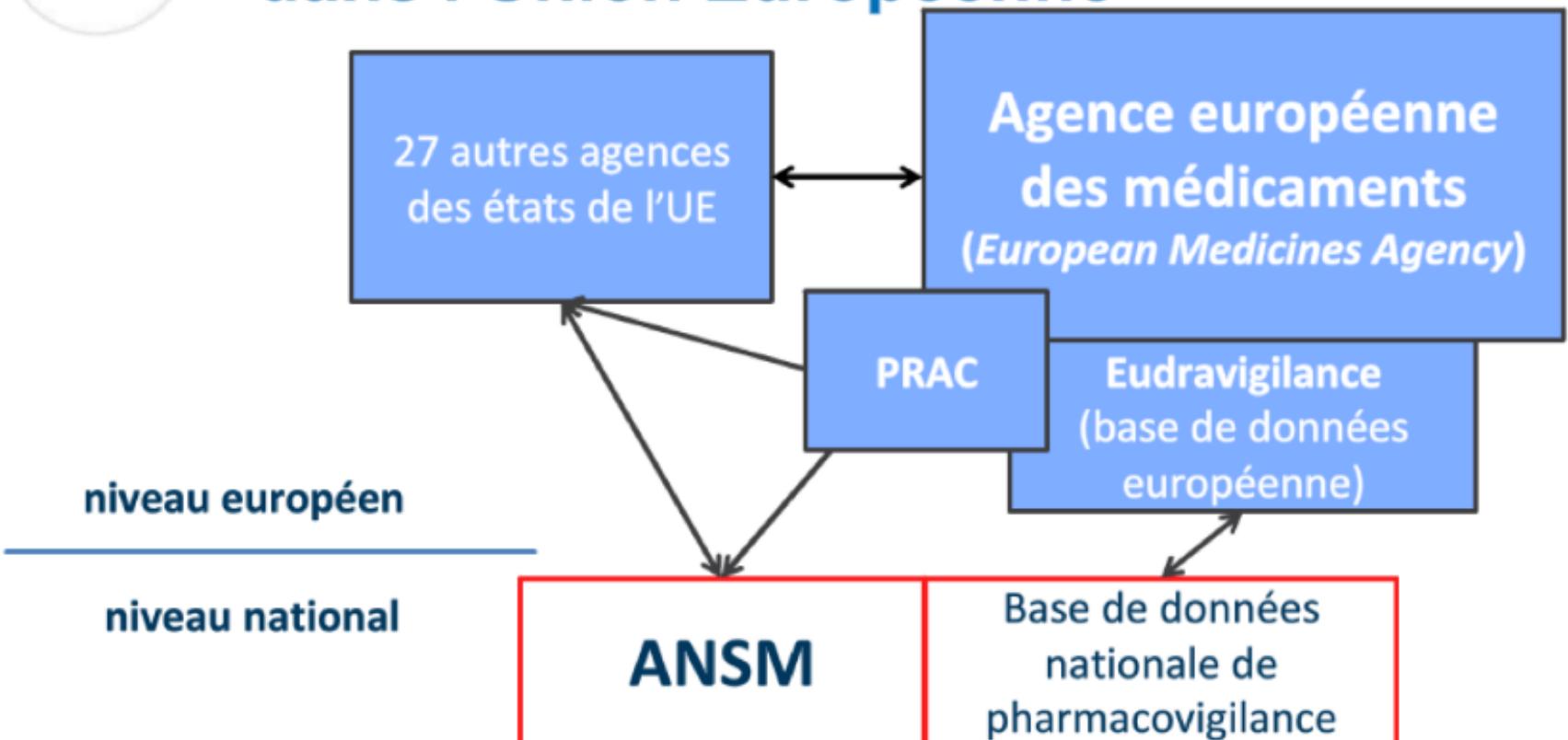


Les CRPV au cœur du système de déclaration





Organisation de la pharmacovigilance dans l'Union Européenne



Articulation au niveau européen



PRAC : Comité pour l'évaluation des risques en matière de Pharmacovigilance

CHMP : Comité des médicaments à usage humain (AMM centralisée)

CMDh : Groupe de coordination des procédures de reconnaissance mutuelle et décentralisée

Et après

- Points d'information
- Modification des RCP
- Restriction d'indication
- Suspension d'AMM
- Retrait d'AMM

Actualisation en temps réel de la balance B/R

Cas des entreprises pharmaceutiques



Cas non graves et graves



- Enregistrent elles-mêmes les notifications dans Eudravigilance → analyse par l'EMA au moins une fois par mois (certains médicaments 2 fois par semaine)
- Produisent régulièrement des Pbrer (évaluation du rapport bénéfice/risque)

→ **Limites** : dilution des signaux d'alerte, dénaturation des cas (MedDRA), approche qualitative ≠ approche quantitative

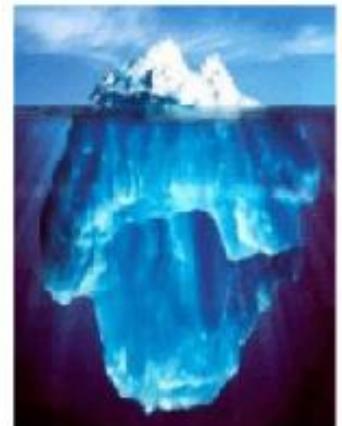
La pharmacovigilance

Comment ça marche ?

Surveillance du médicament (post AMM)

- Pharmacovigilance (CRPV=centre de pharmacovigilance)
 - Déclarations obligatoires pour médecins, pharmaciens, dentistes, sage-femmes
 - depuis 2011 (post-MEDIATOR®) : tous les EI
 - Volontaire pour les autres professionnels de santé et patients

- Caractérisée par
 - Sous notification
 - Environ 5% des EI notifiés, et 20% EI graves
 - Aucun problème tant qu'on voit un échantillon de tout



Qui déclare ?

- **Obligation légale** de déclaration : médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes et pharmaciens
- **Possibilité** de déclaration :
 - autres professionnels de santé
 - patients et associations de patients

En pratique, que déclarer ?

Tout **effet indésirable** susceptible d'être dû à un médicament suite à :

- utilisation conforme
- mésusage
- abus
- surdosage
- erreur médicamenteuse
- exposition professionnelle



Comment déclarer ?

- Au CRPV dont vous dépendez

<https://www.rfcrpv.fr/>



- Site de l'ANSM

<http://ansm.sante.fr/>



- Portail des signalements

<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>



Depuis mars 2017 : portail de signalement des évènements indésirables sanitaires (signalement-sante.gouv.fr)

The screenshot shows the official website of the French Ministry of Solidarity and Health. The top navigation bar includes links for Actualités, Grands dossiers, Ministère, Métiers et concours, Professionnels, and Études et statistiques. Below this, a secondary navigation bar highlights Affaires sociales, Prévention en santé, Santé et environnement, Soins et maladies (which is currently selected), and Système de santé et médico-social. The main content area features a banner with a doctor using a stethoscope and the text "signalement-sante.gouv.fr Agir pour sa santé et celle des autres". A large image of a doctor's hands holding a stethoscope is displayed. To the right, a sidebar titled "signalement-sante.gouv.fr" lists frequently asked questions: "Qu'est-ce qu'un événement sanitaire indésirable ?", "Pourquoi signaler un événement sanitaire indésirable ?", "Quels événements sanitaires indésirables signaler ?", and "Mon signalement en bref". At the bottom right, a yellow button is circled in red, containing the text "JE SIGNALE" next to a speaker icon. Below it, another section for "PROFESSIONNELS DE SANTE" is partially visible.

Ministère des Solidarités et de la Santé

Rechercher

Actualités Grands dossiers Ministère Métiers et concours Professionnels Études et statistiques

Affaires sociales Prévention en santé Santé et environnement Soins et maladies Système de santé et médico-social

Accueil > Soins et maladies > Signalement-sante.gouv.fr

Signalement-sante.gouv.fr Agir pour sa santé et celle des autres

Signalement-sante.gouv.fr

17.03.17

Qu'est-ce qu'un événement sanitaire indésirable ?

Pourquoi signaler un événement sanitaire indésirable ?

Quels événements sanitaires indésirables signaler ?

Mon signalement en bref

JE SIGNALE

PROFESSIONNELS DE SANTE

La signalisation des événements sanitaires indésirables est un acte citoyen qui

Au CHU de Nantes : NORMEA

- **Déclaration interne** : Toute personne impliquée directement ou indirectement dans la prise en charge médicamenteuse est tenue de déclarer les *événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse.* (Retex 06/04/11)
- **Logiciel NORMEA** : Outil permettant le signalement des événements indésirables, des *vigilances* (sauf hémovigilance), des dommages, des plaintes, au sein du CHU de Nantes.



Cas pratique : Comment déclarer un effet indésirable ?



Notification de qualité



Au minimum :

- Identification du **notificateur**,
- Un **patient identifiable** (date de naissance, initiales,...)
- le **nom du produit suspecté** et le numéro de lot (**indispensable pour la traçabilité du médicament dérivé du sang**)
- la **nature de l'effet indésirable**.

En pratique, toute information utile :

- Sur le patient (sexe, âge, poids, taille, département de résidence, antécédents, etc...)
- Sur les médicaments pris (dénomination, numéro de lot, posologie, voies d'administration, date de début et de fin de traitement, indication etc...)
- Sur l'effet indésirable (description, date d'apparition, etc...)

Les barrières à la notification

- Manque de temps
- Méconnaissance du circuit
- Peur de se tromper
- N'y pense pas
- Peur des préjudices
- Pas de rémunération
-

Notification basée essentiellement sur la notification spontanée

Limites :

- Sous-notification
 - 5% des effets indésirables graves sont notifiés (*Begaud et al. 2002*)
 - Aucun problème tant qu'on voit un échantillon de tout
- Données hétérogènes, variabilité de la déclaration
- Données parfois insuffisantes pour permettre une évaluation et une prise de décision
- Pas d'estimation du risque réel

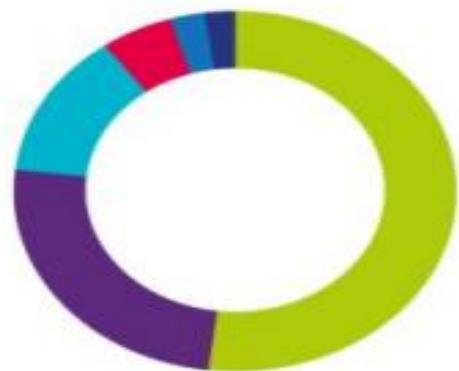
Mais, méthode de base irremplaçable pour identifier les signaux et les alertes

Intérêt des notifications

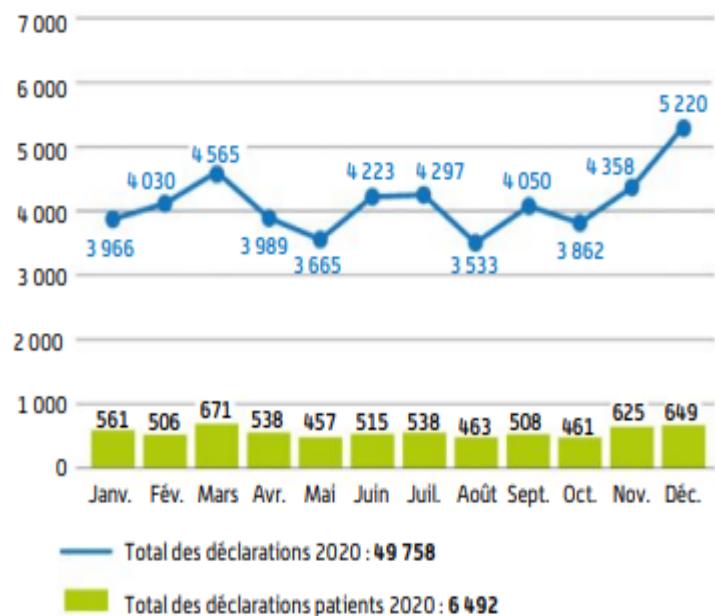
- **Identification de signaux de sécurité sur la base de cas individuels très probants**
 - Peut conduire à un retrait du marché, actualisation du RCP,...(ex : olmesartan et entéroptahie)
- **Identification de signaux potentiels et mise en enquête PV ou Pharmaco-épidémiologie**
 - Cluster de cas, autre étiologie non méd possible, documentation insuffisante
- **Identification de signaux statistiques**
 - Détection automatisée dans les bases de notifications
 - Surreprésentation statistique pour un couple med/effet

Bilan pharmacovigilance 2020

PROFIL DES DÉCLARANTS
DES CAS D'EFFETS INDÉSIRABLES
ENREGISTRÉS DANS LA BNPV



DÉCLARATIONS DES CAS D'EFFETS
INDÉSIRABLES AU SYSTÈME NATIONAL
DE PHARMACOVIGILANCE



Que retenir ?

- Système coordonné en France par l'ANSM
- Appuyé sur un réseau de centres experts de proximité
- Intégré dans un système de PV Européen
 - Toutes les décisions ne sont pas nationales
- Collaboration avec les professionnels de santé
 - Clinique : notification EI, analyse EI, retour, information sur le méd
 - Recherche : aide bibliographique, collaboration, recherche sur bases de PV

Cas pratique : L'apport de la Pharmacovigilance



RCP Colchicine 1979 versus RCP Colchicine 2022

- Où trouver les renseignements sur les effets indésirables ? (description, prévention, prise en charge)
- Trouvez-vous les informations claires ?
- Quelles sont les différences ?
- Qui met à jour ce document ?

COLARSÉNOL

FORME et PRÉSENTATION : Oro-nébuliseur sous pression d'azote : Flacon de 40 ml.

COMPOSITION : Pour 100 g : Néoarsphénamine 1,5 g; Ext. fluide d'Hamamélis 9 g; Citrate de Na 6 g.

Excipient : eau distillée, ess. de citron, hydrosulfate de sodium, glycérol.

PROPRIÉTÉS : Assure un parfait tapissage des muqueuses. Ne provoquant aucun réflexe nauséen, facilite les soins, notamment chez les jeunes enfants.

INDICATIONS : Angines de toutes natures, maux de gorge, irritations, enrouements, affections grippales, aphtes, gingivites, pyorrhées, stomatites.

MODE D'EMPLOI : 6 à 8 pulvérisations d'1 à 2 secondes par 24 heures.

VISA NL 7.904 — Commercialisé depuis 1972.

PRIX : 7,85 F — Remb. Séc. Soc. à 70 %.

AMIDO S.A.
65, rue du Dr Jenner — 59 LILLE
(Tél. : (20) 56-83-06)

COLCHICINE HOUDÉ

FORME et PRÉSENTATION :
Comprimés sécables. Flacon de 40.

COMPOSITION :	p. comp.	p. flacon
Colchicine cristallisée	un milligramme	quarante milligrammes
Excipient q.s.		

SORT DU MÉDICAMENT :

La colchicine absorbée par voie orale subit un cycle entéro-hépatique. Elle se fixe sur tous les tissus, principalement la muqueuse intestinale, le foie, les reins, et la rate, à l'exception du myocarde, des muscles squelettiques et des poumons.

Élimination urinaire et fécale (surtout).

PROPRIÉTÉS :

- Anti goutteux : par diminution de l'afflux leucocytaire, inhibition de la phagocytose des micro cristaux d'urate, d'où freinage de production d'acide lactique et maintien d'un pH local normal, l'acidité favorisant la précipitation des cristaux d'urate qui est le *primum movens* de la crise de goutte.

- Anti inflammatoire non spécifique : par diminution de l'afflux leucocytaire et inhibition de la phagocytose, donc diminution de la réponse inflammatoire.

- Action antimitotique : arrêt ou inhibition des divisions cellulaires au stade de la métaphase et de l'anaphase.

- Autres actions :
 - augmentation de la résistance capillaire,
 - stimulation de la cortico-surrénale,
 - effet lympholytique entraînant leucopénie avec polynucléose relative, puis agranulocytose,
 - parasympatholytique et sympathicomimétique,
 - antiprurigineux,
 - effet diarrhéique par action directe sur l'intestin et sa motricité,
 - malabsorption de la cyanocobalamine,
 - inhibition de l'agrégrabilité et l'adhesivité plaquettaire.

INDICATIONS :
Maladie goutteuse.

- Accès aigu de goutte : traitement spécifique et le moins toxique, efficace dans 95 % des cas.

- Prophylaxie de la crise aiguë chez le goutteux chronique, diminue la fréquence ou limite l'intensité des crises; efficacité quasi constante.

- Couverture des traitements hypo-uriciématifs (urico-éliminateurs, inhibiteurs de la synthèse urique) en prévention des crises aiguës de goutte lors de la mobilisation de l'acide urique.

- Affections inflammatoires veineuses, O.R.L., stomatologiques, rhumatismales, efficacité à 60-70 %.

- La colchicotérapie est proposée dans d'autres indications plus rares avec un fort pourcentage d'efficacité : maladie périodique, sclérodermie généralisée, cirrhose hépatique. Ces résultats ont fait l'objet de plusieurs publications françaises et étrangères.

CONTRE-INDICATIONS :

Grossesse.

Insuffisance rénale grave.

Cœur senile, athéroscléreux.

PRÉCAUTIONS :

En traitement d'attaque :

- surveillance attentive en cas d'insuffisance rénale ou hépato-biliaire;
- utiliser avec ralentisseurs du transit intestinal ou anti-diarrhéiques banaux en cas d'apparition de diarrhée ou de colopathie évolutive.

En traitement à long cours aux doses de un demi à deux milligrammes, les complications sont exceptionnelles. Par prudence, dépistage systématique des effets secondaires.

Pas d'interférence médicamenteuse à la différence de la majorité des anti-inflammatoires.

ACTIONS INDÉSIRABLES :

Incidents digestifs (4 à 10 %) : diarrhée, nausées, plus rarement vomissements, facilement corrigés par atropiniques et antidiarrhéiques.

Incidents hématologiques exceptionnels : leucopénie, neutropénie.

Alopécie, aux doses très élevées, transitoire; repousse spontanée des cheveux au bout de 3 mois.

Myopathie : un cas décrit dans la littérature.

Azoospermie : exceptionnelle et réversible à l'arrêt du traitement.

Reactions cutanées d'hypersensibilité (purpura, porphyrie cutanée, dermatite vésiculaire) tout à fait exceptionnelles.

MODE D'EMPLOI et POSOLOGIE :

- *Maladie goutteuse :*

Accès aigu de goutte : 3 à 4 comprimés par jour les deux premiers jours; puis 2 à 3 comprimés le 3^e jour, 1 ou 2 comprimés le 4^e jour et 1 comprimé par jour les 6 jours suivants

- *Goutte chronique :*

1/2 à 1 1/2 comprimé par jour pendant plusieurs mois ou années, en général 1 comprimé quotidien.

- *Prévention des accès de goutte à l'occasion de traitements hypo-uriciématifs :*

En début de traitement, habituellement 1 comprimé par jour pendant plusieurs mois jusqu'à retour de l'uricémie à la normale; à l'arrêt du traitement 1 comprimé par jour pendant plusieurs mois jusqu'à stabilisation du taux de l'uricémie.

- *Dans les affections inflammatoires aiguës :*

3 à 4 comprimés par jour pendant 3 à 4 jours, puis réduire progressivement à 1 comprimé pendant 10 à 15 jours ou 2 comprimés par jour pendant 10 à 20 jours.

Dans les affections inflammatoires chroniques :

1 à 2 comprimés par jour pendant 2 à 3 mois ou 2 comprimés par jour, 10 jours par mois pendant 3 mois.

Autres indications :

Maladie périodique : habituellement 1 comprimé par jour en permanence.

Sclérodermie généralisée : 1 comprimé par jour au long cours.

Cirrhose : 1 à 2 comprimés par jour.

SURDOSAGE :

Intoxication rare, mais gravissime (30 % de mortalité) surtout volontaire.

Dose toxique aux environs de dix milligrammes.

Clinique :

Latence : 1 à 8 heures, en moyenne 3 heures.

Troubles digestifs : douleurs abdominales diffuses, vomissements, diarrhée profuse entraînant des troubles circulatoires.

Troubles hématologiques : hyperleucocytose, puis leucopénie et hypoplaquettose par atteinte médullaire.

Polypnée fréquente.

Alopécie le 10^e jour.

Évolution imprévisible. Mort en général le 2^e ou 3^e jour par déséquilibre hydroélectrolytique, choc septique.

Traitements : pas d'antidote spécifique de la colchicine. Surveillance clinique et biologique constantes en milieu hospitalier.

Élimination du toxique par lavage d'estomac, puis par aspiration duodénale.

Traitements uniquement symptomatique : rééquilibration hydroélectrolytique, antibiothérapie générale et digestive massive.

TABLEAU A.

A.M.M. 302 446.1.

Commercialisé avant 1910.

PRIX : 5,35 F + 0,35 S.H.P.

Remb. Séc. Soc. à 70 %.

Société d'applications scientifiques et médicales

Laboratoires HOUDÉ

15, rue Olivier-Métra — 75980 PARIS Cedex 20

(Tél. : 797-51-09)

COLCHIMAX

FORME et PRÉSENTATION :

Comprimés drageées sous plaques thermoformées : Boîte de 20.

COMPOSITION :

Colchicine cristallisée	p. comp.	p. boîte
un milligramme	vingt milligrammes	

Iodure de tétraménum	50 mg	1-g
Phénobarbital	15 mg	300 mg

Poudre d'opium	douze milligrammes	deux cent cinquante milligrammes
	cinquante centièmes	de milligramme

Excipient : amidon de maïs, stéarate de magnésium, gomme arabique, sucre, gomme lançon, talc, oxyde de titane, gélatine officinale, bleu patente V, cire blanche, blanc de bâton, gomme manille, mastic en fardes, tarébenthine du mélèze, éthylvanilline.	milligrammes
--	--------------

2. Posologie et mode d'administration

Posologie

Accès aigu de goutte

La posologie doit être adaptée en fonction de l'efficacité obtenue et de la tolérance.

La colchicine est plus efficace quand elle est donnée précocement (de préférence dans les 12 premières heures et jusqu'à 36 heures après l'accès aigu) et des doses faibles doivent être privilégiées.

La dose maximale de colchicine par prise est de 1 mg. Les prises de COLCHICINE OPOCALCIUM par comprimé ou demi-comprimé doivent être réparties dans la journée.

La posologie de 3 mg, représentent la posologie **A NE JAMAIS DEPASSER** et doit être réservée à la prise en charge tardive d'accès aigus pour le 1^{er} jour de traitement uniquement.

Dans tous les cas, réduire la posologie en cas de diarrhée et adapter la posologie en cas d'insuffisance rénale et de facteur de risque de toxicité.

Patients âgés (en particulier > 75 ans) et patients présentant un facteur de risque de toxicité (voir rubrique 4.4).

Il est fortement déconseillé de dépasser la dose de 2 mg de colchicine (en plusieurs prises) le premier jour. Il est recommandé de surveiller la survenue éventuelle de signes d'intolérance (les diarrhées notamment) et de diminuer la posologie si nécessaire.

Réduire la posologie à 0,5 mg de colchicine (1/2 comprimé) en cas de diarrhée.

Prophylaxie des accès aigus de goutte / autre accès aigus microcristallins / maladie de Behçet

1 mg de colchicine par jour.

Réduire la posologie à 0,5 mg de colchicine (1/2 comprimé) en cas de diarrhée.

Patients âgés (en particulier > 75 ans) et patients présentant un facteur de risque de toxicité (voir rubrique 4.4).

Il est recommandé de commencer à la dose de 0,5 mg de colchicine (1/2 comprimé) par jour et d'adapter la posologie si nécessaire en fonction de la réponse clinique.

Maladie périodique

Adulte

1 mg à 2 mg de colchicine par jour.

Il est recommandé d'augmenter la posologie par palier de 0,5 mg (1/2 comprimé) jusqu'à un maximum de 2 mg de colchicine par jour en fonction de la réponse clinique et biologique.

Enfant

La posologie doit être adaptée en fonction de l'âge :

- Enfant ≤ 5 ans : 0,5 mg de colchicine / jour (demi-comprimé).
- Enfant de 5 à 10 ans : 1 mg de colchicine par jour (1 comprimé).
- Enfant ≥ 10 ans : 1,5 mg de colchicine par jour (1,5 comprimé).

La posologie de colchicine sera augmentée de façon progressive par palier de 0,5 mg jusqu'à un maximum de 2 mg/jour. Toute augmentation de la posologie doit être associée à une surveillance de la tolérance.

Péricardite aiguë idiopathique (premier épisode ou récidive)

La colchicine est prescrite en association aux traitements anti-inflammatoires conventionnels (AINS ou corticoïdes).

Adultes

La dose doit être ajustée au poids du patient.

Pour un poids corporel inférieur à 70 kg (<70 kg), la dose est de 0,5 mg de colchicine (1/2 comprimé) par jour.

Pour un poids corporel supérieur à 70 kg (≥ 70 kg), la dose est de 0,5 mg de colchicine deux fois par jour (1/2 comprimé deux fois par jour)

La durée du traitement est de 3 mois.

Population pédiatrique

Il existe peu de données sur l'utilisation de la colchicine chez les enfants présentant une péricardite aiguë idiopathique (premier épisode ou récidive), l'utilisation de la colchicine dans ce sous-ensemble de la population n'est pas recommandée.

4.3. Contre-indications

- Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min), Insuffisance hépatique sévère.
- Association avec un macrolide (sauf spyramicine).
- Association avec la pristinamycine.
- Péricardite aiguë idiopathique (premier épisode ou récidive) survenant au cours de la grossesse du fait de la nécessité de l'association aux traitements anti-inflammatoires conventionnels. Voir rubrique 4.6.

Pharmaco-épidémiologie

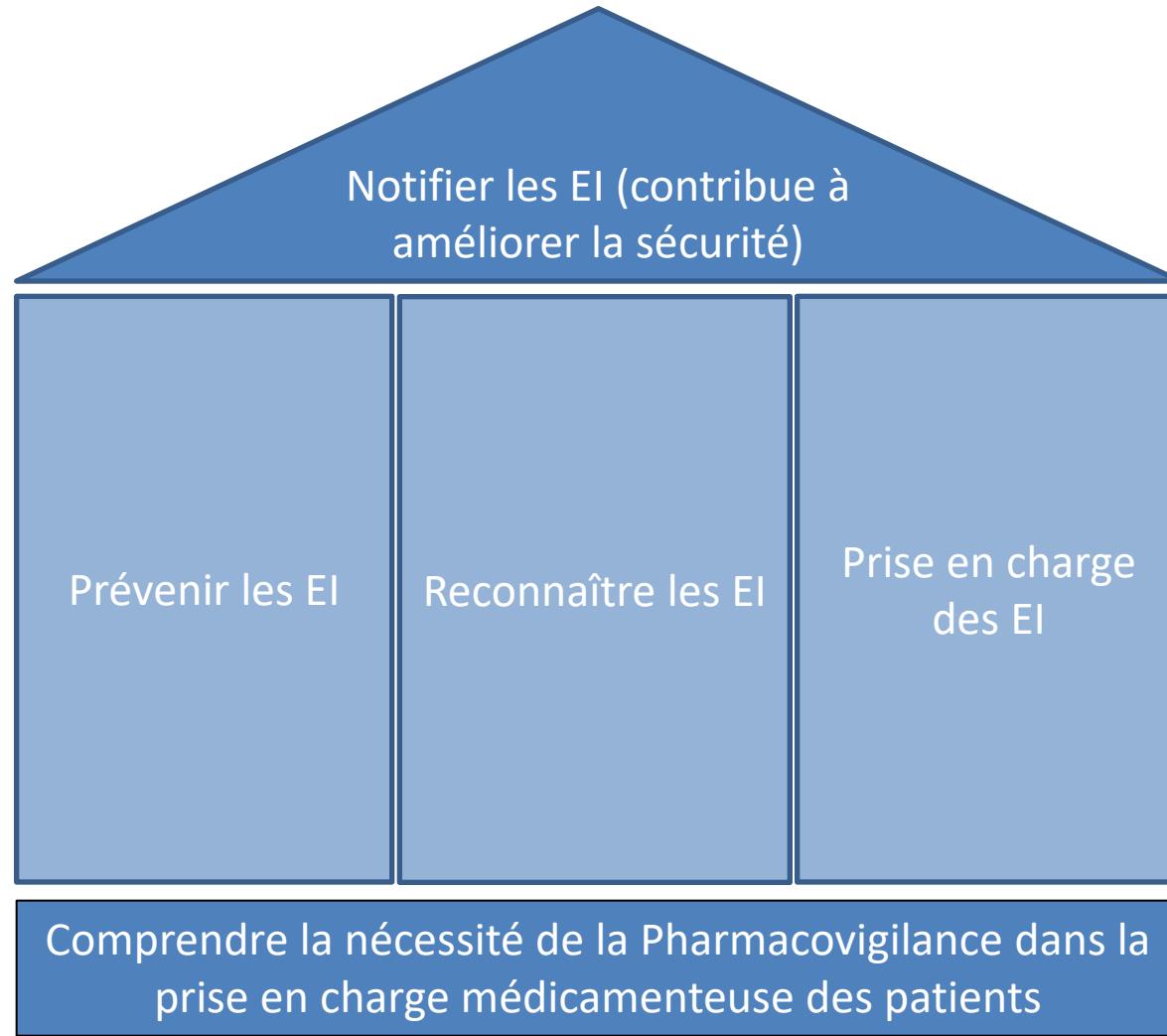
- › Etude de l'**utilisation** des médicaments
- › Etude des **effets bénéfiques** des médicaments
- › Etude des **effets indésirables** des médicaments

en situation réelle de soins, dans la population

- › Application des méthodes épidémiologiques
- › **Méthodes de référence** pour l'évaluation post-AMM des médicaments

Exemples d'applications

- Contraceptifs oraux de 3ème génération et thrombose
- Hormonothérapie de substitution et cancer du sein
- Vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques
- Surveillance avec signaux potentiels des vaccins anti-Covid



D'après van Eekeren et al. 2018

Vrai ou faux ?

- En Pharmacovigilance, une petite série de cas correctement décrits suffit souvent à faire émerger des signaux pertinents
- De plus en plus d'autorisations de mise sur le marché sont accordées sur une base insuffisante, avec la promesse d'une évaluation complétée après commercialisation
- On estime que seulement 1 à 10% des effets indésirables graves sont notifiés
- Seuls les médecins ont l'obligation de déclarer au CRPV tout effet indésirable inattendu susceptible d'être lié à un médicament
- Le Vidal constitue une source d'information complète sur les médicaments



[@Reseau CRPV](#)

CRPV NANTES

pharmacovigilance@chu-nantes.fr

02 40 08 40 96