



Secrétariat :
Pharmacie interjurassienne
Beausite 49
2740 Moutier
Tél : 032 494 30 50
Fax : 032 494 30 42
joel.wermeille@hjbe.ch
juliane.fringeli@hjbe.ch

Commission des Médicaments

Dresse Martine Decosterd	Dr Daniel Diaz Rodriguez
Mme Catia Filieri	Dresse Bettina Simon
Mme Juliane Fringeli	Dr Emilio Valvini
Dr Grégoire Gremaud	Dr Riccardo Vandoni
Dr André-Philippe Méan	Dr Joël Wermeille

PIJ-MEDIC.INFO

Bulletin d'information de la Commission des Médicaments
et de la Pharmacie interjurassienne

LISTE DES MÉDICAMENTS

- Modifications de la liste

POLITIQUE DU MÉDICAMENT

- Mise au point sur la vortioxétine (Brintellix®)
- Mise au point sur la cariprazine (Reagila®)

La Commission des Médicaments et la Pharmacie interjurassienne se tiennent à votre disposition pour toute question portant sur son fonctionnement ou ses décisions. Les références utilisées pour la rédaction des articles sont à disposition auprès du secrétariat.

Liste des médicaments

Médicaments remplacés ou supprimés : octobre 2020 – décembre 2020

Produit supprimé	Nouveau produit	Commentaire
Burgerstein vitamin C retard caps 500 mg (vitamine C)	-	Médicament très peu utilisé et efficacité controversée
Dexamethasone amp 5 mg/1 mL (dexaméthasone)	Dexamethasone amp 4 mg/1 mL (dexaméthasone)	Médicament en rupture de stock chez le fabricant de façon prolongée
Ebrantil amp 50 mg/10 mL (urapidil)	Urapidil amp 50 mg/10 mL (urapidil)	Générique Voir ci-dessous « <i>Médicaments réservés et médicaments d'urgence</i> »
Milupa Aptamil MD pdr 400 g (maltodextrine)	Resource Maltodextrine pdr 1300 g (maltodextrine)	Médicament hors-commerce
Ovestin cpr 1 mg (estriol)	-	Médicament très peu utilisé
Priadel cpr retard 400 mg (lithium carbonate)	-	Médicament très peu utilisé
Prilocaine amp 0.5% 10 mL (prilocaine)	-	Médicament très peu utilisé
Prismasol 4 poche 5000 mL et Prismocal B22 poche 5000 mL (solutions d'hémofiltration)	Biphozyl poche 5000 mL (solution d'hémofiltration)	Changement des protocoles de dialyse Médicament disponible sans ordonnance interne pour les services des Soins Intensifs Voir ci-dessous « <i>Médicaments réservés et médicaments d'urgence</i> »
Saroten cpr 10 mg (amitriptyline)	-	Médicament très peu utilisé
Seresta cpr 50 mg (oxazépam)	-	Médicament en rupture de stock chez le fabricant de façon prolongée Alternative en liste : Seresta cpr 15 mg (oxazépam)
Tambocor cpr 100 mg (flécaïnide)	-	Médicament très peu utilisé
Vancocin fio 500 mg et 1 g (vancomycine)	Vancomycine fio 500 mg et 1 g	Générique
Venofundin poche 6% 500 mL (hydroxyéthylamidon)	-	Médicament hors-commerce
Xelevia cpr 50 mg et 100 mg (sitagliptine)	Januvia cpr 50 mg et 100 mg (sitagliptine)	Médicament hors-commerce

Liste des médicaments

Médicaments réservés et médicaments d'urgence

- **Biphozyl poche 5000 mL (solution d'hémofiltration)**
Médicament disponible sans ordonnance interne pour les services des Soins Intensifs.
- **Fresubin HP Energy Fibre poche 500 mL (750 kcal, 37.5 g protéines) (alimentation entérale hypercalorique (1.5 kcal/mL) riche en protéines avec fibres)**
Produit pour l'alimentation par sonde des patients ayant des besoins protéino-énergétiques élevés. Produit disponible sans ordonnance interne pour les services des Soins Intensifs.
- **Fructose pdr 25 g**
Produit utilisé dans le diagnostic d'intolérances et allergies alimentaires par un test respiratoire à l'hydrogène et/ou au méthane expiré(s). Produit disponible sans ordonnance interne pour le service de Diététique.
- **Glucose 20% (200 g/L) perf 100 mL**
Médicament indiqué dans la prise en charge des hypoglycémies chez les patients avec troubles de l'état de conscience. Médicament disponible sans ordonnance interne pour le service de Sauvetage (Ambulances).
- **Inuline agave pdr 7.5 g**
Produit utilisé dans le diagnostic d'intolérances et allergies alimentaires par un test respiratoire à l'hydrogène et/ou au méthane expiré(s). Produit disponible sans ordonnance interne pour le service de Diététique.
- **Miacalcic amp 100 UI/1 mL (calcitonine)**
Médicament indiqué dans les crises hypercalcémiques. Il fait partie de la liste des médicaments d'urgence d'exception. Une ordonnance interne nominale est nécessaire (peut être faite a posteriori).
Les lieux de stockage et quantités minimums sont les suivants :
H-JU - Delémont : Urgences (20 amp)
HJB SA - Moutier : Urgences (10 amp)
- **Thiopental fio 0.5 g (thiopental)**
Médicament indiqué comme anesthésique, inducteur de narcose et pour le contrôle de convulsions d'origines diverses. Médicament disponible sans ordonnance interne pour les services d'Anesthésie et des Soins Intensifs.
- **Urapidil amp 50 mg/10 mL (urapidil)**
Médicament indiqué dans l'hypertension sévère. Il fait partie de la liste des médicaments d'urgence d'exception.
Les lieux de stockage et quantités minimums sont les suivants :
H-JU - Delémont : Pharmacie (5 amp)
H-JU - Porrentruy : Pharmacie (5 amp)
HJB SA - Moutier : PIJ (5 amp)
HJB SA - Saint-Imier : Pharmacie (5 amp)

LT et CD

Mise au point sur la vortioxétine (Brintellix®)

La vortioxétine est un nouvel antidépresseur agissant principalement sur différents récepteurs de la sérotonine [1-3]. Le marketing du fabricant mettant en avant un profil de tolérance intéressant de la vortioxétine en comparaison aux autres antidépresseurs, une évaluation des études cliniques publiées a été effectuée, dans le but de cerner le profil efficacité-risque de cette molécule en comparaison aux autres produits de cette classe.

Une recherche de littérature a été réalisée dans la base de données *PubMed* à l'aide des termes MESH ci-après et en ne considérant que les études comparatives « vortioxétine » versus « autre antidépresseur » : « vortioxetine », « major depressive disorder », « randomized controlled trial ».

Dix études ont ainsi été identifiées et parmi celles-ci, sept ont été écartées pour les raisons suivantes : non-évaluation de l'effet antidépresseur, études non-comparatives avec d'autres antidépresseurs, utilisation d'échelles psychométriques non validées dans l'évaluation de l'efficacité des traitements antidépresseurs, études non-randomisées, nombre de patients inférieur à 50 et études reprenant les données d'une autre étude. Les trois études randomisées en double-aveugle suivantes ont été retenues : étude REVIVE [4], étude SOLUTION [5] et étude NCT01364649 [6].

Indication et efficacité

La vortioxétine est autorisée en Suisse depuis août 2016 pour le traitement des épisodes dépressifs majeurs chez l'adulte ainsi que pour le traitement d'entretien chez les patients dont les symptômes dépressifs ont bien répondu à la vortioxétine dans la phase aiguë du traitement [1,2].

Etude REVIVE

Cette étude incluant environ 250 patients par bras indiquait une baisse moyenne du score MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment) à 8 semaines de 16.5 pour la vortioxétine versus 14.4 pour l'agomélatine (différence de 2.1 points). Cette différence était statistiquement significative mais cliniquement peu relevante si l'on considère que l'échelle MADRS compte 60 points au total. L'incidence des effets indésirables déclarés par les patients (env. 50%) était comparable dans les deux groupes avec davantage de nausées dans le groupe vortioxétine et davantage de vertiges et de somnolence dans le groupe agomélatine. Il est également important de relever que l'âge moyen des patients était compris entre 35 et 60 ans, que l'étude était de courte durée (12 semaines au total), qu'elle ne compare pas la vortioxétine à un antidépresseur de premier choix, qu'elle était financée par le fabricant (lui-même impliqué dans le design, la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des résultats) et que les conflits d'intérêts des auteurs étaient nombreux.

Etude SOLUTION

Ce travail de 8 semaines, rapportait une efficacité similaire entre la vortioxétine et son comparateur, avec une baisse moyenne de 19.4 points sur l'échelle MADRS pour la vortioxétine versus 18.2 points pour la venlafaxine XR (différence de 1.2 points [IC95% : -3.0 à 0.6]). Chaque bras comptait environ 210 patients âgés de 19 à 65 ans. L'incidence des effets indésirables était légèrement plus faible dans le bras vortioxétine que dans le bras venlafaxine XR, mais cette différence n'était pas statistiquement significative. Une baisse de l'appétit et une insomnie étaient plus fréquemment rapportées dans le bras venlafaxine. Comme c'était également le cas pour l'étude REVIVE, les limites de ce travail et les sources de biais étaient nombreuses : population plutôt jeune (risque difficile à estimer en cas d'extrapolation à une population âgée), période d'étude courte ne permettant pas d'identifier les effets secondaires au long court, nombreux conflits d'intérêts des auteurs, financement et implication importante du fabricant dans le design, la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des résultats.

Etude NCT01364649 :

Cette étude portait sur l'évaluation de la vortioxétine versus escitalopram chez des patients présentant des dysfonctions sexuelles sous inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Chaque bras comptait environ 220 patients, âgés entre 18 et 55 ans. A 8 semaines de traitement, la vortioxétine apportait un gain de 8.8 points versus 6.6 points pour l'escitalopram sur le score CSFQ-14 (*Changes in Sexual Functioning questionnaire*) comportant 70 points. Ce résultat était statistiquement significatif, mais cliniquement peu relevant si l'on considère que la différence d'efficacité ne représente que 2.2 points sur 70.

D'autre part, chez les patients de plus de 41 ans, la différence n'était plus statistiquement significative entre vortioxétine et escitalopram. L'efficacité clinique des deux antidépresseurs était similaire sur le score MADRS. L'incidence des effets indésirables, notamment les nausées, conduisant à un arrêt de traitement était plus importante dans le groupe vortioxétine. Comme pour les deux autres études citées ci-dessus, les résultats observés, la population très sélectionnée (18 à 55 ans), la courte durée, les conflits d'intérêts des auteurs et l'implication du fabricant dans ce travail, ne permettent pas de tirer des conclusions claires quant à l'intérêt de la vortioxétine dans l'arsenal thérapeutique.

Limitation d'utilisation

La prudence est de mise chez les patients âgés de plus de 65 ans chez qui la vortioxétine n'a pratiquement pas été évaluée ainsi que chez les patients présentant des antécédents de convulsions ou d'épilepsie [2,7].

Effets indésirables et interactions

Les principaux effets indésirables et interactions documentés sont les suivants [2,8-11] :

- Dysfonction sexuelle (désir, performance, satisfaction) : 22 à 34% chez les femmes (vs. 20% pour le placebo) et 16 à 29% chez les hommes (vs. 14% pour le placebo)
- Nausées : 21 à 32% (effet indésirable le plus fréquemment rapporté dans les études cliniques ; c'est également la cause la plus fréquente d'arrêt de traitement)
- Diarrhées : 7 à 10%
- Vertiges : 6 à 9%

La vortioxétine est métabolisée au niveau hépatique. *In vitro*, les CYP2D6, CYP3A4 et CYP2C9 sont impliqués dans cette métabolisation. De ce fait, il est important de considérer les interactions avec les inhibiteurs de ces cytochromes tels que l'amiodarone, les antifongiques azolés, la clarithromycine, le diltiazem, le jus de pamplemousse, l'halopéridol, le métronidazole, le valproate, le vérapamil et les inducteurs tels que la carbamazépine, le metamizole, la phénytoïne, le phénobarbital ou la rifampicine [2,12].

Une prise concomitante d'anticoagulant ou d'antiagrégant plaquettaire peut conduire à une augmentation du risque de saignements. Des hyponatrémies, en particulier chez le patient âgé, peuvent apparaître si la vortioxétine est associée à un diurétique [7].

Coût

La vortioxétine est 2 à 3 fois plus chère que les ISRS génériques : à titre d'exemple, une dose journalière de 10 mg de vortioxétine coûte CHF 617.- par année versus CHF 199.- pour une dose journalière de 10 mg d'escitalopram [2].

Avis des revues indépendantes

Les revues indépendantes d'évaluation des médicaments et membres de l'ISDB (réseau international de revues indépendantes de formation en thérapeutique) consultées (Drug and Therapeutics bulletin, Revue Prescrire) s'accordent à considérer la vortioxétine comme un antidépresseur mal évalué en ce qui concerne son efficacité, cher et dont le dossier clinique ne permet pas de conclure à un profil efficacité/risque significativement différent de celui des autres antidépresseurs. Le profil efficacité/risque à long terme de la vortioxétine n'est pas non plus connu et d'autres antidépresseurs seraient à préférer, moins chers et bénéficiant de plus de recul.

La revue indépendante Prescrire relève que la longue demi-vie (66 h) de la vortioxétine la rend peu maniable en cas d'apparition d'effets indésirables ou de changement d'antidépresseur. De plus, le recul insuffisant ne permet pas d'évaluer les effets indésirables rares mais graves de cette molécule [13].

La Commission de la Transparence en France considère que le service médical rendu par la vortioxétine est modéré dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs chez l'adulte [9].

Selon les recommandations du NICE (National Institute for Health and Care Excellence), la vortioxétine pourrait être une option pour traiter les états dépressifs majeurs chez les adultes qui n'ont pas répondu de façon adéquate à deux antidépresseurs au cours d'un même épisode dépressif [14].

Conclusion

En considérant les éléments ci-dessus, la Commission des médicaments estime que la vortioxétine ne présente aucun avantage démontré sur les autres antidépresseurs, qu'elle bénéficie d'un très faible recul d'utilisation et qu'elle est nettement plus chère. En l'état du dossier, elle considère que cette molécule n'a pas sa place dans la liste des médicaments, en particulier aux côtés des autres antidépresseurs listés pour lesquels les données sont plus étoffées et le profil efficacité/risque mieux documenté.

Références

- [1] Cours Cercle de qualité, PharmaSuisse: "La maladie dépressive". mars 2018
- [2] Swissmedicinfo.ch, consulté le 13 nov. 2020
- [3] DTB 2016; 54 (3):30-33. doi:10.1136/dtb.2016.3.0387.
- [4] Montgomery SA, Nielsen RZ, Poulsen LH, et al. A randomised, double-blind study in adults with major depressive disorder with an inadequate response to a single course of selective serotonin reuptake inhibitor or serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor treatment switched to vortioxetine or agomelatine. *Hum Psychopharmacol* 2014; 29:470-482. doi:10.1002/hup.2424.
- [5] Wang G, Gislum M, Filippov G, Montgomery S. Comparison of vortioxetine versus venlafaxine XR in adults in Asia with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin* 2015;31:785-794. doi:10.1185/03007995.2015.1014028.
- [6] Jacobsen PL, Mahableshwarkar AR, Chen Y, Chrones L, Clayton AH. Effect of Vortioxetine vs Escitalopram on Sexual Functioning in Adults with Well-Treated Major Depressive Disorder Experiencing SSRI-Induced Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2015;12:2036-2048. doi: 10.1111/jsm.12980.
- [7] *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, 23th edition 2019
- [8] www.micromedexsolutions.com, consulté le 13 nov. 2020
- [9] HAS – Commission de la transparence « Avis Brintellix » 4 fév. 2015
- [10] *Rev Prescrire* 2020;40(437):188
- [11] EudraVigilance. « Base de données européenne des rapports sur les effets indésirables suspectés des médicaments ». www.adrreports.eu/fr/background.html, consulté le nov. 14, 2020
- [12] HUG - Centre d'informations thérapeutiques et de pharmacovigilance, « Interactions médicamenteuses, cytochromes P450 et P-glycoprotéine (Pgp) », mars 2020
- [13] *Rev Prescrire* 2015;35(383):646-647
- [14] NICE Guidance - Technology appraisal guidance [TA367], 25 nov. 2020. « Vortioxetine for treating major depressive episodes »

LG et JW

Mise au point sur la cariprazine (Reagila®)

La cariprazine (Reagila®) est un nouvel antipsychotique atypique par voie orale dont la structure chimique et le mécanisme d'action sont proches de l'aripiprazole (Abilify®). Elle agit comme agoniste partiel des récepteurs dopaminergiques D₂ et D₃ et du récepteur sérotoninergique 5-HT_{1A} [1].

Indication et efficacité

La cariprazine est autorisée en Suisse dans le traitement de la schizophrénie chez les adultes [2]. L'efficacité et la sécurité d'emploi de la cariprazine dans la schizophrénie ont été évaluées dans 5 essais cliniques randomisés en double aveugle, incluant au total près de 3'000 patients. Un seul était une comparaison directe entre cariprazine et rispéridone [3], les 4 autres comparant la cariprazine au placebo [4-7]. Aux Etats-Unis, quelques essais cliniques ont été réalisés chez des patients atteints de troubles bipolaires [8,9].

Schizophrénie aiguë

3 études en double aveugle *versus* placebo ont évalué l'efficacité de la cariprazine sur 6 semaines chez des patients souffrant d'une exacerbation aiguë de schizophrénie à l'aide de différentes échelles psychométriques [4-6]. Un des essais menés sur 604 patients a comparé 2 doses de cariprazine (3 mg et 6 mg/jour) au placebo [4]. L'essai incluait aussi un groupe contrôle actif recevant 10 mg d'aripiprazole par jour comparé au placebo. Le protocole de l'essai n'avait pas prévu de comparaison statistique entre les deux neuroleptiques. Une diminution significative des symptômes psychotiques a été observée après 1 semaine sous cariprazine 6 mg/jour, ainsi que sous aripiprazole. Après 6 semaines, la diminution des symptômes était également significative sous cariprazine 3 mg/jour. A la fin de l'étude, les symptômes positifs et négatifs, les troubles cognitifs, ainsi que l'humeur ont montré une amélioration significative *versus* placebo, sans différence significative entre les traitements actifs. Deux tiers des patients ont terminé l'étude ; il y a eu une tendance à moins d'interruption de traitement sous aripiprazole (9.2%) que dans les autres groupes (placebo : 11.1% ; cariprazine 3 mg : 9.7% et 6 mg : 12.7%) [4,10].

Efficacité sur les symptômes négatifs prédominants de schizophrénie

Un essai a comparé la cariprazine à la rispéridone en double aveugle [3]: 461 patients atteints de schizophrénie avec symptômes négatifs prédominants et persistants depuis au moins 6 mois ont reçu la cariprazine (3 à 6 mg/jour ; dose cible à 4.5 mg/jour) ou la rispéridone (3 à 6 mg/jour ; dose cible à 4 mg/jour). Les symptômes ont été évalués à l'aide d'une échelle allant de 7 points (absence de symptômes) à 49 points (symptômes extrêmement intenses). La valeur moyenne à l'inclusion était de 28 points. Après 26 semaines de traitement, l'amélioration des symptômes a été plus importante dans le groupe cariprazine : en moyenne - 8.9 points dans le groupe cariprazine *versus* -7.4 points dans le groupe rispéridone, soit une différence entre les groupes de 1.5 points sur une échelle de 49 points. La différence est certes statistiquement significative, mais la pertinence clinique d'une si faible différence est peu vraisemblable. Par ailleurs, la dose de rispéridone utilisée dans l'essai est inférieure à la dose maximale journalière autorisée (10 mg) ce qui tend à surestimer l'effet de la cariprazine [3,8,10].

Efficacité lors d'une utilisation à long terme dans la schizophrénie

Une étude à long terme en double aveugle a inclus des patients ayant au préalable répondu favorablement à la cariprazine [7] : une phase de run-in en ouvert sur 20 semaines a permis de sélectionner les patients stabilisés sous cariprazine qui ont été ensuite randomisés pour recevoir la cariprazine (3 à 6 mg/jour) ou un placebo sur une durée maximale de 72 semaines. Le critère primaire était le temps jusqu'à une rechute (aggravation des symptômes, hospitalisation d'ordre psychiatrique, comportement agressif ou à risque suicidaire).

Plus de patients sous placebo ont présenté une rechute (47.5% *versus* 24.8% sous cariprazine). Chez les patients ayant rechuté, le temps jusqu'à la rechute a été significativement plus long sous cariprazine : max. 46 semaines *versus* max. 13 semaines sous placebo. La différence dans le taux d'hospitalisation dû aux rechutes était cependant faible : 9.1% sous placebo vs 8.9% sous cariprazine [7-9].

Troubles bipolaires

La cariprazine a également fait l'objet d'études dans les épisodes maniaques lors de troubles bipolaires et est officiellement autorisée aux USA dans le traitement aigu des épisodes maniaques ou mixtes associés aux troubles bipolaires de type I [8]. En Suisse, ainsi que dans l'UE, cette utilisation est « *off-label* ».

Effets indésirables et interactions

Le profil d'effets indésirables correspond en général à ceux des autres neuroleptiques. Les symptômes extrapyramidaux, surtout akathisie (11%), sont très fréquents. Ont également été fréquemment observés : troubles du sommeil, mouvements anormaux, fatigue, vertiges, vision trouble, prise de poids, nausées, vomissements et constipation (6%), tachycardie, augmentation de la tension artérielle, élévation des taux de transaminases et de créatinine-kinase [8,10].

Il est à relever un risque d'interaction avec les molécules interagissant avec les isoenzymes du cytochrome P450 (amiodarone, carbamazépine, vérapamil, certains antibiotiques, etc.). La cariprazine est métabolisée principalement par le CYP3A4 en métabolites tout aussi actifs qui sont eux-mêmes également métabolisés via le CYP3A4 [8,10].

Modalités et précautions d'emploi

La cariprazine s'administre par voie orale. Le dosage initial recommandé est de 1.5 mg et peut être augmenté progressivement jusqu'à max. 6 mg par jour.

L'utilisation de la cariprazine n'est pas recommandée si la clairance de la créatinine est <30 mL/min car sa sécurité et son efficacité n'ont pas été évaluées chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère. Elle n'est pas non plus recommandée en cas d'insuffisance hépatique modérée à sévère (Child-Pugh B et C). Les données chez les personnes de 65 ans et plus sont manquantes [8].

La demi-vie d'élimination de la cariprazine et de ses métabolites actifs est d'environ 1 semaine ; l'excrétion se fait principalement par les selles [3,5]. La longue demi-vie d'élimination complique la gestion de l'adaptation du dosage, des effets indésirables et des interactions potentielles [10].

Coûts

Reagila® est pris en charge par les caisses maladies. Un mois de traitement par cariprazine coûte CHF 170.- (1.5 mg à 6 mg/jour) contre CHF 130.- pour un traitement par un générique d'aripiprazole à dose maximale (30 mg/jour).

Avis des revues indépendantes

Les revues indépendantes consultées (Revue Prescrire, pharma-kritik) estiment qu'il n'y a pas de preuve convaincante en faveur de l'utilisation de la cariprazine [8,10]. La Revue Prescrire souligne que la différence d'efficacité entre cariprazine et rispéridone est de pertinence clinique incertaine. De plus, la cariprazine semble exposer plus fréquemment que d'autres neuroleptiques à des akathisies [10].

Selon pharma-kritik, la cariprazine pourrait présenter quelques avantages par rapport à la rispéridone, mais en revanche pas par rapport à l'aripiprazole. La revue émet également une possible surestimation de l'efficacité de la cariprazine dans les essais cliniques : le fait qu'une exacerbation de la schizophrénie survenant au cours d'un traitement par cariprazine soit évaluée comme un effet indésirable du traitement (dû probablement à l'activité agoniste partielle dopaminergique) et non comme un échec thérapeutique, peut influencer l'évaluation de l'efficacité de la substance [8].

Les deux revues mentionnées ci-dessus estiment que la longue demi-vie de la cariprazine peut présenter des avantages dans la pratique, mais aussi (en cas d'effets indésirables) des inconvénients importants. Globalement, selon l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'avantage convaincant en faveur de la cariprazine ; la substance ne peut donc pas être recommandée pour la prescription à l'heure actuelle [8,10].

Conclusion

En considérant les éléments ci-dessus, la Commission des médicaments estime que la cariprazine ne présente aucun avantage démontré sur les autres neuroleptiques notamment l'aripiprazole et que sa longue demi-vie d'élimination complique la gestion de l'adaptation du dosage, des effets indésirables et des interactions potentielles. En l'état du dossier, la Commission des médicaments considère que cette molécule n'a pas de place dans la liste des médicaments, en particulier au côté d'autres neuroleptiques pour lesquels les données sont plus étoffées.

Références

- [1] Clinical Handbook of Psychotropic Drugs, 23th edition (2019)
- [2] Swissmedicinfo, consultation sept. 2020
- [3] Németh G *et al.* Lancet 2017;389:1103-13
- [4] Durgam S *et al.* J Clin Psychiatry 2015; 76: e1574-82
- [5] Durgam S *et al.* Schizophr Res 2014; 152: 450-7
- [6] Kane JM *et al.* J Clin Psychopharmacol 2015; 35: 367-73
- [7] Durgam S *et al.* Schizophr Res 2016; 176: 264-71
- [8] Pharma-kritik 2018;40(8):31-32
- [9] US FDA: <https://pkweb.ch/2S4iHFR> - CDER "Application number 204370Orig1Orig2s000. Summary Review" 17 Sept. 2015
- [10] Rev Prescrire 2019 ; 39(430) :571-573

CD

Rédaction et mise en page : Nesma Bensalah (NB), Catherine Delafontaine (CD), Juliane Fringeli (JF), Laurane Girard (LG), Lucie Thomas (LT), Joël Wermeille (JW)

Relecture : Nesma Bensalah (NB), Mélanie Brulhart (MB), Catherine Delafontaine (CD), Juliane Fringeli (JF), Pierre-Alain Jolivot (PAJ) et Joël Wermeille (JW)

Validation : Dresse Martine Decosterd, Dr Daniel Diaz Rodriguez, Catia Filieri, Juliane Fringeli, Dr Grégoire Gremaud, Dr André-Philippe Méan, Dresse Bettina Simon, Dr Emilio Valvini, Dr Riccardo Vandoni, Dr Joël Wermeille