



Secrétariat :  
Pharmacie interjurassienne  
Hôpital du Jura bernois SA  
2740 Moutier  
Tél : 032 494 30 40/44  
Fax : 032 494 30 42  
joel.wermeille@hjbe.ch  
melanie.brulhart@hjbe.ch

## Commission des Médicaments

Dr Martine Decosterd	Dr Laslo Pataki
Mme Stéphanie Beley	Dr Emilio Valvini
Dr Hervé Duplain	Dr Riccardo Vandoni
Dr Grégoire Gremaud	Dr Joël Wermeille
Mme Mélanie Brulhart	

# 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

- Information de la Commission des médicaments
  - Atorvastatine
  - Tresiba (insuline dégludec)
  - Prise en charge des hémorragies sous nouveaux anticoagulants oraux
  - Doses efficaces équivalentes entre AINS per os

### INFORMATIONS CLINIQUES

- Pharmacovigilance
  - Lyrica (prégabaline) et nouveaux effets indésirables décrits

### INFORMATIONS PRATIQUES

- Hotline de la pharmacie
- Changement des pompes pour administration de la nutrition entérale
- Mot de passe - fichier d'administration des médicaments injectables (FAMI)

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 : septembre 2013 – décembre 2013

Produit supprimé	Nouveau produit	Commentaire
Flagyl cpr 500 mg et ovules 500 mg	Metronidazole cpr 500 mg et ovules 500 mg	Harmonisation de nom entre les différentes formes galéniques.
Glucose 10% perf. 250 ml et 1000 ml		Volumes de poche pratiquement plus utilisés. Reste dans la liste : Glucose 10% perf. 500 ml.
Glucose 40% perf. 500 ml		Médicament pratiquement plus utilisé.
Magnesiocard sach. 5 mmol	Magnegon cpr à croquer 5 mmol	Dose en magnésium identique (5 mmol = 120 mg), biodisponibilité équivalente.
Phenobarbital cpr 50 mg	Aphénylbarbite cpr 50 mg	Retrait du marché par le fabricant.
Simvastin cpr 20 et 40 mg	Atorvastatine cpr 10, 20 et 40 mg	Equivalents thérapeutiques (cf. information p. 2).
Tofranil drag. 25 mg		Médicament pratiquement plus utilisé. Restent dans la liste les antidépresseurs tricycliques suivants : Saroten, Anafranil et Surmontil.

### Médicaments introduits

- **Elektrodenpaste 50 g (gel pour électrode au NaCl)**  
Gel permettant la transmission du signal à l'électrode lors d'électroencéphalogramme.
- **Lecicarbon suppositoires (bicarbonate et phosphate de sodium)**  
Médicament stimulant le péristaltisme indiqué en cas de constipation réfractaire aux autres laxatifs.  
Attention, ce médicament n'est pas remboursé par les caisses-maladie.
- **Smofkabiven poche 986 ml (1100 kcal et 50 g protéines) (solution pour l'alimentation parentérale)**  
Volume de poche de nutrition parentérale adapté aux débuts de traitement ou pour des patients nécessitant un apport calorique faible (complément de gamme aux deux volumes déjà présents en liste : 1477 ml et 1970 ml).

### Médicaments réservés

- **Erythrocline fio. 1 g (érythromycine)**  
Médicament disponible sans ordonnance interne pour le service des Soins Intensifs dans lequel sont aussi pratiquées des gastroscopies (déjà disponible pour le service d'Endoscopie/Gastroentérologie).
- **Nasopore Standard 8 cm (polyéthylèneglycol)**  
Pansement temporaire utilisé après chirurgie nasale/des sinus, réservé aux Blocs opératoires pour la chirurgie ORL. Conservation au frigo.

JF

## Information de la Commission des médicaments

### Atorvastatine

Lors de sa dernière séance, la Commission des médicaments a pris la décision de remplacer la simvastatine, l'une des deux statines actuellement en liste, par l'atorvastatine.

Les éléments ayant conduit à cette décision sont les suivants :

- Profil efficacité/risque et comparaison :

L'atorvastatine est un peu plus puissante que la simvastatine sur la baisse du LDL-cholestérol (40 mg d'atorvastatine baisse le LDL-cholestérol de 51% contre 41% avec 40 mg de simvastatine) [1].

A l'heure actuelle, l'atorvastatine bénéficie d'un recul d'utilisation important (> 10 ans) et de plusieurs études de morbi-mortalité de taille (PROVE-IT TIMI, IDEAL, SPARCL, etc.). Il est vrai que la simvastatine et la pravastatine représentent les deux molécules dont l'efficacité sur la mortalité globale est la mieux démontrée. Cependant, la Commission des médicaments relève l'intérêt de disposer en liste d'une statine plus puissante que la simvastatine, au côté d'une statine de puissance modérée (pravastatine). Cette dernière offre l'avantage de présenter un potentiel d'interactions médicamenteuses moindre.

La simvastatine, à la dose de 80mg par jour, a fait l'objet d'une mise en garde par la FDA en raison d'un risque de myopathie significativement augmenté [2].

- Modalités de prise :

L'atorvastatine présente l'avantage de pouvoir être administrée à n'importe quel moment de la journée.

- Prix :

Le prix public des génériques de l'atorvastatine est comparable à celui des génériques de la simvastatine.

Compte tenu des éléments ci-dessus, la Commission des médicaments décide d'introduire l'atorvastatine en remplacement de la simvastatine dans la liste des médicaments.

Références :

[1] J P. et al. Comparative Dose Efficacy Study of Atorvastatin Versus Simvastatin, Pravastatin, Lovastatin, and Fluvastatin in Patients With Hypercholesterolemia (CURVES Study). Am J Cardiol 1998;81:582-587. [2] [www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm256581.htm](http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm256581.htm) (dernière consultation en janvier 2014)

BR et JW

## Tresiba (Insuline dégludec)

Evaluation d'une insuline de longue durée d'action nouvellement enregistrée en Suisse pour le traitement du diabète sucré de type 1 et 2.

- Indications reconnues et efficacité :

L'insuline dégludec est un nouvel analogue de l'insuline récemment commercialisé en Suisse pour le traitement du diabète sucré de l'adulte, dont le fabricant fait valoir la longue durée d'action et le profil pharmacocinétique stable de la molécule [1-2].

Elle a reçu l'autorisation de mise sur le marché de l'EMA (European Medicines Agency) mais pas encore celle de la FDA (Food and Drug Administration) des Etats-Unis, qui demande des études complémentaires pour mieux cerner le risque cardiovasculaire chez les patients traités par l'insuline dégludec [3-5].

Une recherche de littérature effectuée dans Medline et auprès du fabricant a permis de trouver 3 études ouvertes (non contrôlées) et randomisées versus insuline glargine (Lantus), avec une administration journalière à heure fixe de ces 2 analogues de l'insuline.

Ces 3 essais sponsorisés par Novo Nordisk, d'une durée de 52 semaines et effectués chez des patients diabétiques de type 1 et 2 (BEGIN Once Long, BEGIN BB T1 et BEGIN BB T2), montraient une non-infériorité sur la baisse de l'HbA1c de l'insuline dégludec en comparaison à l'insuline glargine. Il n'y avait pas non plus de différence significative en ce qui concernait la glycémie à jeun [6-8].

Une autre étude versus insuline glargine a également été publiée (BEGIN FLEX : essai ouvert et randomisé de 26 semaines). Elle visait à démontrer qu'une rotation de l'horaire entre le soir et le matin avec un intervalle de 8-40 heures entre les doses d'insuline dégludec ne diminuait pas son efficacité en comparaison à des doses à heures fixes d'insuline dégludec ou glargine chez des patients diabétiques de type 1 [9]. Cependant, faute d'étude comparative directe versus insuline glargine dans les mêmes conditions, il n'est pas possible d'en tirer des conclusions claires pour la pratique.

- Effets indésirables :

Selon les différentes études comparant l'insuline dégludec à l'insuline glargine (cf. études décrites ci-dessus), l'incidence des effets indésirables était comparable entre les 2 molécules (en particulier : prise de poids, nombre d'hypoglycémies par 24h, hypoglycémies graves, réactions au site d'injection) [6-9].

En ce qui concerne les hypoglycémies nocturnes (glucose plasmatique < 3.1 mmol/l), elles étaient un peu moins fréquentes sous insuline dégludec (différence de 0.2 à 1.4% entre les 2 molécules) [6-9], mais cette différence relevée par les auteurs de ces études sponsorisées est controversée. En effet, il n'existe pas de consensus clair pour définir la période à considérer lorsque l'on mesure les hypoglycémies nocturnes et la FDA a relevé la limite suivante en ce qui concerne l'appréciation des résultats de l'étude BEGIN BB T1 : dans cet essai, était considéré comme hypoglycémie nocturne, une hypoglycémie apparaissant entre 24h et 6h ; cependant, si cette période d'évaluation était étendue de 2h (par exemple de 22h à 6h ou de 24h à 8h) la différence entre les 2 insulines basales s'estompait [10]. Il est également utile de relever que dans les études comparatives citées ci-dessus, la fréquence des hypoglycémies nocturnes graves était très faible et comparable entre les 2 molécules [6-9].

Dans des situations particulières pouvant conduire certains patients à diminuer brusquement leur alimentation, le risque potentiel d'hypoglycémie est encore mal cerné sous cette molécule de très longue durée d'action [11].

- Prix :

Un traitement par insuline dégludec est environ 30% plus cher qu'un traitement par insuline glargine. D'autre part, le brevet de l'insuline glargine expirant en 2014, il est très probable que la commercialisation prochaine d'un biosimilaire conduise à une diminution significative du prix de l'insuline glargine.

- Position des revues indépendantes:

Les revues indépendantes d'évaluation des médicaments et membres de l'ISDB consultées (Pharma-Kritik et Drugs and Therapeutics Bulletin) considèrent que l'insuline dégludec présente un effet équivalent sur la baisse de l'HbA1c chez les patients diabétiques de type 1 et 2 et que son profil d'effets indésirables ne présente pas d'avantage significatif par rapport à l'insuline glargine. En effet, ces 2 revues de référence relèvent que les risques de complications hypoglycémiques semblent comparables entre les 2 molécules, que l'insuline dégludec n'a pas encore été enregistrée aux USA (en raison

## Politique du médicament

d'inquiétude concernant les risques cardiovasculaires) et qu'elle n'a pas été considérée comme supérieure aux autres insulines basales par le NICE et le SMC (Scottish Medicines Consortium) [3 ; 10].

En considérant les éléments ci-dessus, la Commission des médicaments relève que l'insuline dégludec ne présente pas d'avantage démontré sur les autres insulines basales (en particulier l'insuline glargine), qu'elle bénéficie de moins de recul (des incertitudes subsistent quant aux effets indésirables cardiovasculaires) et qu'elle est plus chère (environ 30%). Dans les études cliniques, le profil efficacité/risque était globalement comparable entre les insulines dégludec et glargine (nombre d'hypoglycémies sur 24h comparable) et l'éventuel intérêt de pouvoir administrer l'insuline dégludec à horaire irrégulier n'a jusqu'à présent pas été confirmé par une étude relevant une meilleure prise en charge du diabète et/ou une meilleure qualité de vie du patient.

### Références :

[1] [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). [2] Brochure publicitaire Novo Nordisk, Diabetesupdate, Insuline dégludec (Tresiba) : Progrès dans le traitement par insuline du diabète de type 2, Novo Nordisk Pharma AG. [3] Gysling E., Insulin-Degludec, Pharma-Kritik, August 2013, Nr6/2013, 21-23. [4] Torjesen I., FDA raises concerns about ultra-long acting insulins given green light in Europe and Japan, British Medical Journal, October 2012, 345 :e7323, 1-2. [5] FDA 2012 : Briefing Document. Insulin Degludec and Insulin Degludec/Insulin Aspart Treatment to Improve Glycemic Control in Patients with Diabetes Mellitus. [6] Zinman B. et al., Insulin Degludec Versus Insulin Glargine in Insulin-Naive Patients With Type 2 Diabetes, A 1-year, randomized, treat-to-target trial (BEGIN Once Long), Diabetes Care, December 2012, Vol35, 2464-2471. [7] Heller S. et al., Insulin degludec, an ultra-longacting basal insulin, versus insulin glargine in basal-bolus treatment with mealtime insulin aspart in type 1 diabetes (BEGIN Basal-Bolus Type 1) : a phase 3, randomised, open-label, treat-to-target non inferiority trial, The Lancet, April 2012, Vol379, 1489-1497. [8] Alan J Garber et al., Insulin degludec, an ultra-longacting basal insulin, versus insulin glargin in basal-bolus treatment with mealtime insulin aspart in type 2 diabetes (BEGIN Basal-Bolus Type 2) : a phase 3, randomised, open-label, treat-to-target non inferiority trial, The Lancet, April 2012, Vol379, 1498-1507. [9] Mathieu C. et al., Efficacy and Safety of Insulin Degludec in a Flexible Dosing Regimen vs Insulin Glargine in Patients With Type 1 Diabetes (BEGIN : Flex T1) : A 26-Week Randomized, Treat-to-Target Trial With a 26-Week Extension, J Clin Endocrinol Metab, March 2013, 98(3) :1154-1162. [10] Insulin degludec for diabetes mellitus, Drugs and Therapeutics Bulletin, July 2013, Vol51, No 7, 78-80. [11] NHS : Evaluation Report « The Use of Insulin degludec in diabetes mellitus », August 2012.

ER et JW

## Prise en charge des hémorragies sous nouveaux anticoagulants oraux

### 1. Introduction

Des hémorragies ont été rapportées avec les nouveaux anticoagulants oraux (NAO) (rivaroxaban et dabigatran) dès les premiers essais cliniques, avec une fréquence globalement similaire à celle des anticoagulants plus anciens (antivitamine K et héparines) [1-2]. D'autre part, il convient de relever que les conditions des essais cliniques sont généralement différentes des situations habituelles de soins (surveillance particulière susceptible de diminuer le risque hémorragique). En outre, les patients inclus ne sont pas toujours représentatifs de la population générale concernée par les indications des nouveaux anticoagulants oraux. De ce fait, la transposition des résultats de tolérance des études aux situations réelles de soins peut être hasardeuse [2].

Des hémorragies graves ont de fait été observées après commercialisation de NAO et des facteurs de risque d'hémorragie ont déjà pu être identifiés : insuffisance rénale, grand âge, poids extrêmes, association avec certains médicaments, notamment aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens et inhibiteurs enzymatiques [1].

### 2. Propriétés pharmacocinétiques [3-6]

Agent	Cible	Biodisponibilité	Liaison aux protéines plasma.	1/2 vie	Elimination	Antidote
<b>Rivaroxaban (Xarelto)</b>	Facteur Xa	> 80%	92-95%	7-13h	33% rein (inchangée), 33% rein (métabolites inactifs), 33% foie	Aucun
<b>Dabigatran (Pradaxa)</b>	Facteur IIa	6-8%	35%	14-17h	80% rein, 20% foie	Aucun

### 3. Effets sur les tests d'hémostase [7]

	cible	aPTT	TP/INR	TT	FGN	DD	Anti-Xa	Anti-IIa
<b>Rivaroxaban</b>	Xa	↑	↑	↔	↔	↔	↑	↔
<b>Dabigatran</b>	IIa	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↑

**Anti-Xa** activité anti-facteur X activé; **anti-IIa** activité anti-facteur IIa activé; **aPTT** temps de thromboplastine partielle activé; **DD** d-dimères; **FGN** fibrinogène; **INR** international normalized ratio; **TP** temps de prothrombine; **TT** temps de thrombine

Actuellement, les tests d'hémostase standards ne sont pas adaptés à l'évaluation du risque hémorragique et à la surveillance de l'anticoagulation. Les tests plus spécifiques (anti-facteur X activé pour le rivaroxaban, temps de thrombine pour le dabigatran) ne permettent pas de corréler les résultats aux événements cliniques thrombotiques ou hémorragiques [2].

## Politique du médicament

### 4. Informations et recommandations générales en cas d'hémorragies sous NAO selon les références 2 à 5, ainsi que 7 à 15 (Swissmedic, SSAR, MAPAR, GIHP, etc.)

Rivaroxaban	Dabigatran
<ul style="list-style-type: none"><li>Préciser l'heure de la dernière prise et la dose utilisée ; la normalisation de l'hémostase demande 12-24 heures.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Préciser l'heure de la dernière prise et la dose utilisée ; la normalisation de l'hémostase demande 12-24 heures. En cas d'insuffisance rénale, la normalisation est d'autant plus longue que la fonction rénale est altérée (jusqu'à 48 heures et plus).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Retarder la prochaine dose ou arrêter le traitement.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluation des risques additionnels : âge, poids, nombre de prises par jour, indication, co-médication (antiagrégants plaquettaires, AINS, puissants inhibiteurs du CYP3A4 ou de la P-gp), tendance hémorragique inhérente.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Analyse de la crase sanguine</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Certaines sources [5 ;10-12] recommandent une estimation de la concentration plasmatique à l'aide d'un test anti-Xa chromogène. Attention à l'interprétation des résultats : index thérapeutique mal connu, zones de surdosages non définies, variations liées aux réactifs utilisés.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Certaines sources [3 ;5 ;10-11 ;13-14] recommandent une estimation de la concentration plasmatique en mesurant le temps de thrombine (Hemoclot Test). Attention à l'interprétation des résultats : index thérapeutique mal connu, zones de surdosages non définies, manque de standardisation de la mesure.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Administration de charbon actif (30-50 g chez l'adulte) si dose récente : le plus rapidement possible mais au plus tard dans les 8 heures suivant la prise.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Traitements symptomatiques → mesures locales d'hémostase : compression mécanique, hémostase chirurgicale, remplissage vasculaire, correction hémodynamique, transfusion de produits sanguins, maintien de la température corporelle, du pH sanguin et de la balance électrolytique (y compris le calcium).</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Non dialysable mais pourrait être partiellement éliminé par plasmaphérese ou par hémofiltration avec passage sur charbon actif.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Maintenir une diurèse suffisante.</li><li>Dialysable → hémodialyse (60% d'excrétion sur 2 à 3 heures) ou hémofiltration avec passage sur charbon actif.</li></ul>

### 5. Médicaments antihémorragiques recommandés dans la prise en charge des hémorragies sous NAO

Plusieurs organes et revues indépendantes proposent une conduite à tenir dans les situations mettant en jeu la vie des patients, tout en soulignant le manque de données d'évaluation [2-3]. Les organes suivants ont émis des recommandations sur l'utilisation de médicaments procoagulants lors d'hémorragie sous NAO : Swissmedic, la SSAR (Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation), le MAPAR (Mises Au Point en Anesthésie-Réanimation), le GIHP (Groupe d'Intérêt en Hémostase Periopératoire) ainsi que les fabricants des deux anticoagulants oraux cités ci-dessus (non exhaustif) [3-4; 10-13].

### 6. Risques liés à l'utilisation de médicaments antihémorragiques

Le recours aux médicaments procoagulants, concentrés de complexe prothrombiniques ou facteur VII activé recombinant expose à un risque de thrombose mal cerné [2]. Les concentrés de facteurs procoagulants ayant une demi-vie plus longue que le rivaroxaban et le dabigatran, leur dose doit être choisie avec précaution, en particulier chez les patients à risque thrombotique élevé. Le recours à ces agents repose sur des données cliniques et précliniques très limitées et l'efficacité de ces substances n'a pas encore été démontrée chez des patients présentant des hémorragies actives [15].

#### Références :

[1] Revue Prescrire. Nouveaux anticoagulants : gare aux hémorragies. Mars 2013. [2] Revue Prescrire. Saignement sous dabigatran, rivaroxaban ou apixaban : peu d'antidote et peu d'expérience clinique. Mars 2013. [3] G.A, S C-M. Complications hémorragiques chez les malades traités par anti-IIa ou anti-Xa par voie orale : prévention et traitement. MAPAR 2011. [4] [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). [5] [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). [6] [www.micromedexsolutions.com](http://www.micromedexsolutions.com). [7] CHUV, service d'angiologie. Utilisation des anticoagulants oraux. 1<sup>ère</sup> version. Janvier 2013. [8] Fibrillation auriculaire non valvulaire. Quelle place pour les anticoagulants oraux non antivitamine K : apixaban (Eliquis), dabigatran (Pradaxa) et rivaroxaban (Xarelto) - aspects pratiques. HAS. Juillet 2013. [9] Lexi-Interact ([www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)). [10] Prise en charge d'un patient traité par dabigatran ou rivaroxaban, au long cours présentant une hémorragie ou nécessitant une chirurgie urgente. Recommandation du GIHP. Novembre 2012. [11] [www.sgar-ssar.ch](http://www.sgar-ssar.ch). [12] Traitement par le rivaroxaban. Recommandations du groupe d'experts « Rivaroxaban and anesthesiology ». Mars 2013. Information transmise par la firme Bayer. [13] Guide pratique pour la prescription du Pradaxa. Boehringer-Ingelheim. Mai 2013. [14] Hinweise zum Umgang mit Blutungen unter Dabigatran (Pradaxa). BfArM. Novembre 2012. [15] Questions et réponses sur l'utilisation du rivaroxaban (Xarelto) dans la pratique. Revue Médicale Suisse. Juin 2013

JF

## Politique du médicament

### Doses efficaces équivalentes entre AINS per os

A dose efficace équivalente, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ci-dessous présentent globalement tous le même profil d'efficacité. Ils sont par conséquent interchangeables.

Acide acétylsalicylique	Acide méfénamique	Acémétacine	Célécoxib
Aspirine, Aspégic	<b>Méfénacide, Ponstan</b>	Tilur	Celebrex
500-1000mg 3x/j	<b>500mg 3x/j</b>	60mg 2-3x/j	200mg 1x/j
Dexkétoprofène	Diclofénac	Étodolac	Etoricoxib
Kettesse	<b>Olfen, Voltarene, Diclofénac</b>	Lodine	Arcoxia
25mg 3x/j	<b>50mg 3x/j</b>	300mg 2x/j	30-60mg 1x/j
Ibuprofène	Indométacine	Naproxène sodium	Nimésulide
<b>Brufen, Irfen</b>	Indocid	Apranax	Aulin, Nisulid
<b>600mg 3x/j</b>	75mg 1-2x/j	550mg 2x/j	100mg 1-2x/j

Références :

[1] Compendium Suisse des médicaments 2012. [2] Base de données Micromedex ([www.thomsonhc.com](http://www.thomsonhc.com)). [3] [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) [4] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK42997/>

MB

### Pharmacovigilance

#### **Lyrica (prégabaline) et nouveaux effets indésirables décrits**

La prégabaline (Lyrica) est un analogue de l'acide gamma-amino butyrique (GABA). Comme la gabapentine, elle est enregistrée dans l'indication « douleurs neurogènes » et « épilepsie », mais également dans les troubles anxieux généralisés. Ses effets indésirables fréquents et bien connus sont des troubles neuropsychiques (confusion, irritabilité, somnolence, étourdissements), des vertiges, mais également un risque d'abus et de dépendance, des troubles de la vision, une prise de poids, etc.

Récemment, d'autres effets indésirables ont été rapportés. Il s'agit notamment d'akathisie (impatiences avec impossibilité de rester assis ou coucher) et d'effets indésirables cardiaques. Il s'agissait de troubles du rythme ou de la conduction, d'insuffisance cardiaque, de palpitations et d'un infarctus du myocarde.

La prégabaline étant largement prescrite en particulier en ambulatoire, il faut considérer la possibilité de son implication lors de symptômes suggérant un effet indésirable médicamenteux, en particulier lors d'akathisie ou de troubles cardiaques sans étiologie évidente. La gabapentine étant un proche parent pharmacologique de la prégabaline, une attention particulière devrait également être apportée à cette molécule largement utilisée dans nos institutions.

Références : [1] Ersel Dag MD, The Annals of Pharmacotherapy ; 2013 April, Volume 47 ; p. 592. [2] Comité de rédaction, La Revue Prescrire, Novembre 2013 ; Tome 33, N°361 ; p.830.

MB

### Hotline de la pharmacie

La pharmacie dispose depuis quelques temps d'une hotline, destinée en particulier aux questions pharmaceutiques du corps médical et infirmier des institutions partenaires de la Pharmacie interjurassienne. Ainsi, pour toutes questions pharmacologiques, nous vous recommandons de passer par cette voie, qui vous permettra de joindre directement et rapidement un pharmacien les jours ouvrables :

**032 494 30 50**

(du lundi au vendredi de 08h15 à 17h00)

D'autre part, plusieurs changements étant intervenus au niveau des pharmaciens de la Pharmacie interjurassienne ces deux dernières années, nous saisissons l'occasion de ce premier numéro de l'année 2014 du bulletin d'information de la Commission des Médicaments et de la Pharmacie Interjurassienne pour vous présenter l'équipe actuelle.



*De gauche à droite : Dr. Joël Wermeille, Elise Roth, Yannick Monin, Mélanie Brulhart, Barbara Reutemann et Juliane Fringeli.*

### Changement des pompes pour administration de la nutrition entérale

Les pompes pour administration de la nutrition entérale Applix actuellement utilisées dans nos institutions sont remplacées par les pompes Amika. Ce changement intervient dans le cadre d'une adaptation des tubulures et des embouts aux normes européennes. En effet, le nouveau système de connexion ENLock doit éviter un branchement sur une voie parentérale.

### Mot de passe - fichier d'administration des médicaments injectables (FAMI)

Dernièrement, plusieurs blocages sont survenus suite à une connexion au fichier d'administration des médicaments injectables (FAMI). Nous vous rendons attentifs au fait qu'après trois tentatives erronées, le site est bloqué.

Pour connaître le login et le mot de passe, vous pouvez vous adresser à votre ICUS ou à la pharmacie de votre institution.

**Pour l'Hôpital du Jura, un raccourci et les informations concernant le login et le mot de passe sont directement accessibles depuis la page d'accueil d'Intranet.**

N'hésitez pas à utiliser cet outil précieux et à demander si besoin de l'aide ou une démonstration aux assistantes en pharmacie et pharmaciens.