

MONOGRAPHIE DE PRODUIT

COMPRENANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT
DESTINÉS AUX PATIENTS

Pr **TEVA-PRAVASTATIN**

(pravastatine sodique)

Comprimés à 10 mg, 20 mg et 40 mg

Régulateur du métabolisme des lipides

Teva Canada Limitée
30 Novopharm Court
Toronto (Ontario)
Canada M1B 2K9

Date de révision :
Le 11 mai 2017

Numéro de contrôle de la présentation : 205216

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ..... | 3 |
| RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT | 3 |
| INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE | 3 |
| CONTRE-INDICATIONS..... | 5 |
| MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS | 5 |
| EFFETS INDÉSIRABLES | 11 |
| INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES | 16 |
| POSOLOGIE ET ADMINISTRATION..... | 19 |
| SURDOSAGE | 20 |
| MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE | 20 |
| ENTREPOSAGE ET STABILITÉ..... | 23 |
| FORMES PHARMACEUTIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT..... | 23 |
| PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES..... | 24 |
| RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES..... | 24 |
| ESSAIS CLINIQUES..... | 25 |
| PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE..... | 31 |
| TOXICOLOGIE..... | 33 |
| RÉFÉRENCES..... | 39 |
| PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR | 45 |

PrTEVA-PRAVASTATIN

pravastatine sodique

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT

| Voie d'administration | Présentation/teneur | Tous les ingrédients non médicinaux |
|-----------------------|------------------------------------|--|
| Orale | Comprimés de 10 mg, 20 mg et 40 mg | Cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, crospovidone, lactose anhydre, phosphate de calcium dibasique anhydre, polyvidone, stéarylfumarate de sodium, AD&C bleu n° 1 (11 à 13 %) sur substrat d'aluminium), D&C jaune n° 10 (18 à 24 % sur substrat d'aluminium) (comprimés à 40 mg), oxyde de fer jaune (comprimés à 20 mg), oxyde de fer rouge (comprimé à 10 mg). |

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE

Le traitement par des agents modifiant les taux de lipides devrait être considéré comme l'un des éléments d'une intervention chez les sujets présentant plusieurs facteurs de risque dont un risque élevé de maladie vasculaire athérosclérotique en raison d'une hypercholestérolémie. TEVA-PRAVASTATIN (pravastatine sodique) doit être utilisé en plus d'une diétothérapie pauvre en gras saturés et en cholestérol dans les cas où un sujet ne répond bien ni à cette diétothérapie, ni à d'autres interventions non pharmacologiques employées seules.

Hypercholestérolémie

TEVA-PRAVASTATIN est indiqué comme adjuvant au régime alimentaire [étant au moins l'équivalent du régime recommandé par l'*Adult Treatment Panel III (ATP III TLC Diet)*] pour réduire les taux élevés de cholestérol total et de cholestérol lié aux lipoprotéines de basse densité (C-LDL) chez les patients atteints d'hypercholestérolémie primaire (du type IIa et IIb), lorsque la réponse à la diétothérapie et aux autres interventions non pharmacologiques seules s'est avérée inadéquate.

Avant d'instaurer le traitement par TEVA-PRAVASTATIN, il faudrait écarter les causes secondaires d'hypercholestérolémie, comme l'obésité, un diabète sucré mal équilibré, l'hypothyroïdie, le syndrome néphrotique, les dysprotéïnémies, la maladie hépatique occlusive, une autre pharmacothérapie et l'alcoolisme et, avant d'envisager l'administration de TEVA-PRAVASTATIN, s'assurer que, chez le patient en question, les taux élevés de cholestérol total sont dus à des taux sériques élevés de C-LDL. Il faudrait effectuer un bilan lipidique incluant les taux de cholestérol total, de cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité (C-HDL) et de triglycérides (TG).

Chez les patients dont les taux de triglycérides totaux sont inférieurs à 4,52 mmol/L (400 mg/dL), on peut estimer le taux de C-LDL à l'aide de l'équation suivante :

$$\text{C-LDL (mmol/L)} = \text{C-total} - [(0,37 \times \text{triglycérides}) + \text{C-HDL}]$$

$$\text{C-LDL (mg/dL)} = \text{C-total} - [(0,16 \times \text{triglycérides}) + \text{C-HDL}]$$

Lorsque le taux de triglycérides total dépasse 4,52 mmol/L (400 mg/dL), cette équation donne des résultats moins exacts. On doit alors établir le taux de C-LDL par ultracentrifugation.

Comme les autres hypolipidémiants, TEVA-PRAVASTATIN n'est pas indiqué si l'hypercholestérolémie est due à une hyperalphalipoprotéïnémie (taux élevé de C-HDL). On n'a pas évalué l'efficacité de la pravastatine dans les cas où l'anomalie principale est l'élévation des taux de chylomicrons, de VLDL ou de LDL (à savoir, présence d'une hyperlipoprotéïnémie ou d'une dyslipoprotéïnémie du type I, III, IV ou V).

Prévention primaire des épisodes coronariens

Chez les patients hypercholestérolémiques ne présentant pas de signes cliniques manifestes de coronaropathie, TEVA-PRAVASTATIN est indiqué dans :

- la réduction du risque d'infarctus du myocarde;
- la réduction du besoin de recourir à des interventions de revascularisation du myocarde;
- la réduction du risque de mortalité totale en diminuant le nombre de décès par maladie cardiovasculaire.

Prévention secondaire des épisodes cardiovasculaires

Chez les patients présentant un taux de cholestérol total normal à modérément élevé et des signes cliniques manifestes de coronaropathie, TEVA-PRAVASTATIN est indiqué dans

- la réduction du risque de mortalité totale;
- la réduction du risque de décès par coronaropathie;
- la réduction du risque d'infarctus du myocarde;
- la réduction du besoin de recourir une intervention de revascularisation du myocarde
- la réduction du risque d'accident vasculaire cérébral et d'accès ischémique transitoire (AIT);
- la réduction du nombre total de jours d'hospitalisation.

Des études ont également permis de constater que la pravastatine sodique, administrée dans le cadre d'une stratégie thérapeutique visant à abaisser les taux de cholestérol total et de cholestérol LDL aux taux désirés, ralentit l'évolution de l'athérosclérose chez des patients souffrant de coronaropathie. Lors de deux études portant sur ce type de patients¹ (c'est-à-dire faisant l'objet d'une intervention de prévention secondaire), la pravastatine sodique, administrée en monothérapie, a ralenti l'évolution de l'athérosclérose, évaluée par angiographie quantitative et par échographie bidimensionnelle. Cet effet peut être associé à une amélioration des points d'aboutissement coronariens (infarctus du myocarde d'issue fatale ou non fatale). Toutefois, lors de ces études, aucun effet n'a été observé sur la mortalité, toutes causes confondues (voir ESSAIS CLINIQUES — Évolution de l'athérosclérose).

¹ Études *Pravastatin Limitation of Atherosclerosis in the Coronary/Carotid Arteries (PLAC I et II)*

Enfants (< 16 ans)

De plus, aucune étude n'a été menée jusqu'à présent sur l'utilisation de TEVA-PRAVASTATIN chez ces patients. Par conséquent, il n'est pas recommandé pour l'instant d'administrer ce traitement à des enfants.

Personnes âgées (> 65 ans)

L'évaluation pharmacocinétique de la pravastatine sodique chez les patients de plus de 65 ans indique un élargissement de l'aire sous la courbe. Par mesure de précaution, il faudrait administrer au départ la dose la plus faible (voir RÉFÉRENCES).

CONTRE-INDICATIONS

TEVA-PRAVASTATIN est contre-indiqué chez les patients qui présentent une hypersensibilité à l'un ou l'autre des ingrédients que renferme la préparation.

TEVA-PRAVASTATIN est aussi contre-indiqué en présence d'une hépatopathie évolutive ou d'une hausse des transaminases sériques persistante et inexpliquée, dépassant trois fois la limite supérieure de la normale (LSN) (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Grossesse et allaitement

Le cholestérol et d'autres substances résultant de la biosynthèse du cholestérol sont essentiels au développement du fœtus (notamment à la synthèse des hormones stéroïdes et des membranes cellulaires). Puisque les inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase, tel que TEVA-PRAVASTATIN (pravastatine sodique), diminuent la synthèse du cholestérol et probablement celle d'autres substances biologiquement actives dérivées du cholestérol, ils peuvent s'avérer nuisibles pour le fœtus s'ils sont administrés pendant la grossesse. TEVA-PRAVASTATIN devrait être administré aux femmes en âge de procréer seulement si ces patientes ne deviendront vraisemblablement pas enceintes et si elles ont été informées des effets nuisibles possibles. Si une patiente devient enceinte pendant son traitement par TEVA-PRAVASTATIN, on doit cesser immédiatement l'administration du médicament et la mettre au courant des risques possibles pour le fœtus. L'athérosclérose étant une maladie chronique, l'interruption du traitement hypolipidémiant au cours de la grossesse ne devrait avoir que peu de répercussions sur les résultats d'un traitement prolongé de l'hypercholestérolémie primaire (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS - Grossesse, Allaitement).

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**Effets musculaires**

On a signalé lors de l'administration des inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase, incluant la pravastatine sodique, des élévations des taux de créatine-phosphokinase ([fraction MM] de la CPK).

Chez les patients traités par la pravastatine sodique, on a également signalé des effets sur les muscles squelettiques tels que la myalgie, la myopathie et, rarement, la rhabdomyolyse.

On a signalé des cas de faiblesse musculaire et de rhabdomyolyse chez des patients recevant en concomitance d'autres inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase et l'itraconazole et la cyclosporine.

On devrait soupeser les bienfaits et les risques de l'utilisation concomitante des inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase avec les médicaments immunosuppresseurs, les fibrates, l'érythromycine, les agents antifongiques systémiques de type azole ou la niacine administrée à des doses hypolipidémiantes.

Lors de l'administration de la pravastatine sodique et d'autres inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase, on a signalé de rares cas de rhabdomyolyse accompagnée d'une insuffisance rénale aiguë, secondaire à une myoglobulinurie.

On devrait considérer la présence d'une myopathie, définie par des douleurs musculaires ou une faiblesse musculaire en association avec un taux de créatine-phosphokinase (CPK) dépassant dix fois la limite supérieure de la normale, chez tout patient présentant des myalgies diffuses, une sensibilité ou une faiblesse musculaire et/ou une élévation marquée du taux de CPK. On devrait prévenir les patients qu'ils doivent signaler immédiatement toute douleur, sensibilité ou faiblesse musculaire inexplicée, particulièrement si elle est associée à un malaise ou à de la fièvre. Chez les patients qui manifestent des signes ou des symptômes évoquant la myopathie, on devrait déterminer leur taux de CPK. Il faudrait interrompre le traitement par TEVA-PRAVASTATIN si l'on note une élévation marquée du taux de CPK ou si l'on diagnostique ou soupçonne une myopathie.

Comme lors de l'administration d'autres statines, le risque de myopathie, incluant la rhabdomyolyse, peut être fortement accru lors d'un traitement immunosuppresseur concomitant, par exemple par la cyclosporine, et d'un traitement concomitant par le gemfibrozil, l'érythromycine ou la niacine (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Lors d'études cliniques menées auprès de petits groupes de patients traités par la pravastatine sodique et un immunosuppresseur, un dérivé de l'acide fibrique ou la niacine, on n'a observé aucun cas de myopathie (voir ESSAIS CLINIQUES).

L'administration de fibrates en monothérapie est parfois associée à la myopathie. Lors d'une étude clinique portant sur un traitement associant la pravastatine (40 mg/jour) et le gemfibrozil (1200 mg/jour), on n'a signalé aucun cas de myopathie, bien qu'on ait observé une tendance à l'élévation du taux de CPK et aux symptômes musculosquelettiques. En règle générale, on devrait éviter l'association pravastatine et fibrates.

On ne possède pas de données sur le traitement associant la pravastatine et l'érythromycine.

Facteurs prédisposant à la myopathie ou à la rhabdomyolyse: Comme c'est le cas pour les autres inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase, on devrait prescrire TEVA-PRAVASTATIN avec prudence chez les patients présentant des facteurs prédisposant à la myopathie ou à la rhabdomyolyse. Ces facteurs sont les suivants :

- Antécédents personnels ou familiaux de troubles musculaires héréditaires;
- Antécédents de toxicité musculaire due à la prise d'un autre inhibiteur de l'HMG Co-A réductase;

- Usage concomitant d'un fibrate ou de la niacine;
- Hypothyroïdie non maîtrisée;
- Alcoolisme;
- Exercices physiques excessifs;
- Grand âge (> 65 ans);
- Insuffisance rénale;
- Insuffisance hépatique;
- Diabète accompagné d'une modification des tissus adipeux du foie;
- Chirurgie et traumatismes;
- Santé précaire;
- Cas où il y a un risque d'élévation du taux plasmatique de l'ingrédient actif.

On devrait interrompre temporairement le traitement par TEVA-PRAVASTATIN ou l'abandonner chez tout patient qui présente un état grave aigu évoquant la myopathie ou une prédisposition à la rhabdomyolyse (par exemple, septicémie, hypotension, chirurgie majeure, traumatisme, troubles endocriniens métaboliques et électrolytiques graves ou crises épileptiques non maîtrisées).

On a signalé de rares cas de myopathie nécrosante à médiation immunitaire (MNMI), une forme de myopathie auto-immune associée à l'utilisation de statines. La MNMI se caractérise par :

- une faiblesse des muscles proximaux et une élévation du taux de créatine kinase sérique qui persistent malgré l'interruption du traitement au moyen d'une statine;
- une biopsie musculaire révélant une myopathie nécrosante sans inflammation importante;
- une amélioration de l'état du patient grâce à l'administration d'agents immunosuppresseurs.

Dysfonctionnement hépatique

On a associé l'administration des inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase à des anomalies biochimiques de la fonction hépatique. Tout comme dans le cas des autres agents hypolipidémiants, comprenant les résines non absorbables qui fixent les acides biliaires (chélateurs), on a noté, au cours du traitement par la pravastatine, des élévations des taux d'enzymes hépatiques inférieures à trois fois la limite supérieure de la normale. La signification de ces modifications, qui se manifestent habituellement au cours des premiers mois qui suivent le début du traitement, reste inconnue. Lors des études cliniques, chez la majorité des patients traités par la pravastatine, ces valeurs accrues ont chuté aux taux antérieurs au traitement malgré la poursuite du traitement à la même dose.

Lors des études cliniques, on a observé chez 6 des 1 142 (0,5 %) patients traités par la pravastatine des élévations persistantes marquées (supérieures à trois fois la limite supérieure de la normale) du taux de transaminases sériques (voir EFFETS INDÉSIRABLES). Les élévations se sont habituellement manifestées de trois à douze mois après le début du traitement par la pravastatine sodique. Ces élévations n'ont pas été reliées à des signes et des symptômes cliniques de maladie hépatique et elles ont habituellement chuté aux taux antérieurs au traitement lorsqu'on a arrêté l'administration du médicament. Des patients ont rarement présenté des anomalies persistantes marquées pouvant éventuellement être attribuables au traitement. Lors de la plus vaste étude de longue durée, contrôlée par placebo, portant sur la pravastatine (*Pravastatin Primary Prevention Study / WOSCOPS*), aucun patient présentant une

fonction hépatique normale après 12 semaines de traitement (n = 2875 patients traités par la pravastatine) n'a connu des élévations subséquentes du taux d'ALAT dépassant trois fois la limite supérieure de la normale, lors de deux mesures consécutives. Deux de ces 2875 patients traités par la pravastatine (0,07 %) et un des 2919 patients sous placebo (0,03 %) ont connu des élévations des taux d'ASAT dépassant trois fois la limite supérieure de la normale lors de deux mesures consécutives au cours des 4,8 années de l'étude (durée médiane du traitement).

Il faudrait effectuer chez tous les patients des tests de la fonction hépatique, à la visite initiale et 12 semaines après le début du traitement ou après l'augmentation de la dose. Il faudrait accorder une attention particulière aux patients dont les taux de transaminases s'élèvent. On devrait répéter dans ce cas les tests de la fonction hépatique afin de confirmer cette élévation et pratiquer par la suite la surveillance à des intervalles plus fréquents. **Il faudrait interrompre le traitement si les élévations des taux d'alanine aminotransférase (ALAT) et d'aspartate aminotransférase (ASAT) sont d'au moins trois fois la limite supérieure de la normale et si elles persistent.**

De rares cas d'insuffisance hépatique, certains mortels et d'autres non, ont été signalés après la commercialisation du produit chez des patients ayant reçu des statines, dont la pravastatine. Si des lésions hépatiques graves accompagnées de symptômes cliniques et/ou d'hyperbilirubinémie ou d'ictère surviennent au cours du traitement par la pravastatine, il faut rapidement interrompre l'administration du médicament. Si l'on ne peut attribuer ces effets à une autre cause, il ne faut pas reprendre le traitement par la pravastatine.

On devrait administrer TEVA-PRAVASTATIN, ainsi que les autres inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase, avec prudence chez les patients qui consomment de grandes quantités d'alcool et/ou qui ont des antécédents de maladie hépatique. Une maladie hépatique évolutive ou des élévations inexplicables des taux de transaminases sériques constituent des contre-indications à l'administration de TEVA-PRAVASTATIN; si ces troubles se manifestent en cours de traitement, il faudrait interrompre la médication.

Généralités

Avant de commencer le traitement par TEVA-PRAVASTATIN (pravastatine sodique), il faudrait essayer de corriger l'hypercholestérolémie par une diétothérapie appropriée, l'exercice et la perte pondérale chez les patients obèses ou qui souffrent d'embonpoint et de traiter les troubles sous-jacents (voir INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE). Il faudrait prévenir les patients qu'ils doivent signaler à tous les médecins qu'ils consulteront ultérieurement qu'ils ont suivi un traitement par TEVA-PRAVASTATIN.

La pravastatine peut élever les taux de créatine-phosphokinase et de transaminases. On devrait tenir compte de cet effet possible lors du diagnostic différentiel des douleurs thoraciques chez un patient traité par la pravastatine.

Effet sur le cristallin

Les données actuelles, provenant d'études cliniques, n'indiquent pas que la pravastatine exerce des effets nocifs sur le cristallin de l'humain.

Pneumopathie interstitielle

Des cas exceptionnels de pneumopathie interstitielle ont été signalés avec certaines statines, dont la pravastatine, notamment pendant un traitement au long cours (voir **EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables signalés après la commercialisation du médicament**). Les caractéristiques initiales de cette affection peuvent comprendre une dyspnée, une toux non productive et une détérioration de l'état de santé général (fatigue, perte de poids, fièvre). En cas de pneumopathie interstitielle soupçonnée, il faut interrompre l'administration des statines.

Hypercholestérolémie familiale homozygote

On n'a pas évalué la pravastatine chez les patients souffrant d'hypercholestérolémie familiale homozygote, une forme rare d'hypercholestérolémie. La plupart des inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase sont moins efficaces ou inefficaces chez ce sous-groupe de patients hypercholestérolémiques (voir RÉFÉRENCES).

Effet sur les lipoprotéines (a)

Chez certains patients, l'effet bénéfique de l'abaissement des taux de cholestérol total et de C-LDL peut être partiellement atténué par une élévation concomitante du taux de lipoprotéines (a) [Lp(a)]. On poursuit actuellement les recherches pour essayer d'élucider la signification des variations des Lp(a). Par conséquent, jusqu'à ce qu'on puisse obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, on conseille, chaque fois que cela est possible, de mesurer les taux sériques de Lp(a) chez les patients prenant la pravastatine (voir RÉFÉRENCES).

Effet sur le taux de CoQ10 (ubiquinone)

On a observé une diminution importante de courte durée du taux plasmatique de CoQ10 chez les patients traités par la pravastatine sodique. Des études cliniques de plus longue durée ont également montré une réduction du taux sérique d'ubiquinone au cours du traitement par la pravastatine et par d'autres inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase. La signification clinique d'un déficit prolongé possible en CoQ10, induit par les statines, n'a pas encore été établie. Toutefois, on n'a signalé qu'une diminution du taux d'ubiquinone dans le myocarde peut entraîner un dysfonctionnement cardiaque chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque limite (voir RÉFÉRENCES).

Carcinogénèse

Une étude de 21 mois, menée sur des souris, avec des doses de pravastatine de 10 à 100 mg/kg par jour, administrées par voie orale, n'a mis en évidence aucun potentiel carcinogène. Lors d'une étude de deux ans menée sur des rats, on a observé une élévation significative sur le plan statistique de l'incidence de carcinomes hépatocellulaires chez les rats mâles qui ont reçu 100 mg/kg par jour de pravastatine (60 fois la dose maximale administrée chez les humains). On n'a observé cette modification ni chez les rats mâles qui ont reçu 40 mg/kg par jour (25 fois la dose recommandée chez les humains) ou moins, ni chez les femelles à aucune des doses.

Hypersensibilité

Lors de l'administration de la lovastatine, on a signalé quelques rares cas de syndrome apparent d'hypersensibilité, caractérisé par au moins l'un des troubles suivants : anaphylaxie, angio-œdème, syndrome lupoïde, pseudopolyarthrite rhizomélique, thrombocytopénie, leucopénie, anémie hémolytique, test positif de recherche des anticorps antinucléaires, vitesse de sédimentation globulaire accrue, arthrite, arthralgie, urticaire, asthénie, photosensibilité, fièvre et malaise.

Bien qu'on n'ait pas encore décrit le syndrome d'hypersensibilité comme tel, dans de rares cas, l'éosinophilie et des éruptions cutanées semblent être induites par le traitement par la pravastatine sodique. En cas d'hypersensibilité soupçonnée, il faut interrompre l'administration de TEVA-PRAVASTATIN. Informer le patient qu'il doit rapidement signaler tous les signes d'hypersensibilité comme l'angio-œdème, l'urticaire, la photosensibilité, la polyarthralgie, la fièvre, les malaises.

Système endocrinien

Les inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase altèrent la synthèse du cholestérol et, par le fait même, pourraient en théorie atténuer la production de stéroïdes par les surrénales ou les gonades.

Lors d'une étude de longue durée portant sur la fonction endocrinienne de patients hypercholestérolémiques, la pravastatine sodique n'a exercé aucun effet sur les concentrations basales et stimulées de cortisol ni sur la sécrétion d'aldostérone. Bien qu'on n'ait signalé aucune modification de la fonction testiculaire, on a observé des résultats conflictuels lors de l'analyse de la motilité des spermatozoïdes après l'administration de pravastatine sodique. On a signalé un cas d'impuissance réversible chez un homme de 57 ans recevant 20 mg par jour de pravastatine et du métoprolol (voir RÉFÉRENCES). On n'a pas réussi à établir un lien de cause à effet entre le traitement par la pravastatine sodique et ce phénomène. D'autres études sont nécessaires pour clarifier les effets des inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase sur la fertilité masculine. De plus, les effets, s'il en existe, sur l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique chez les femmes préménopausées sont inconnus.

Les patients traités par TEVA-PRAVASTATIN qui ont manifesté un dysfonctionnement endocrinien sur le plan clinique devraient subir une évaluation appropriée. La prudence est de rigueur lorsqu'on administre un inhibiteur de l'HMG Co-A réductase ou un autre agent pour abaisser les taux de cholestérol des patients qui prennent d'autres médicaments (par exemple, du kétoconazole, de la spironolactone ou de la cimétidine) qui pourraient réduire les taux d'hormones stéroïdiennes endogènes.

On a signalé une augmentation de la glycémie à jeun et du taux d'HbA_{1c} associée à la classe des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase. Dans le cas de certains patients à risque élevé de diabète sucré, l'hyperglycémie était suffisante pour les rendre diabétiques. Les avantages du traitement surpassent tout de même les risques légèrement accrus. Une surveillance périodique est recommandée chez ces patients.

Patients atteints d'hypercholestérolémie grave

Des doses plus élevées (40 mg/jour) de pravastatine, nécessaires chez certains patients souffrant d'hypercholestérolémie grave, sont associées à des taux plasmatiques accrus de ce médicament.

Il faudrait administrer la pravastatine avec précaution chez ces patients, s'il s'agit en même temps de personnes âgées ou de sujets qui souffrent d'insuffisance rénale grave (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS — Effets musculaires).

Population et cas particuliers

Grossesse

L'administration de TEVA-PRAVASTATIN est contre-indiquée pendant la grossesse (voir CONTRE-INDICATIONS).

On n'a pas établi l'innocuité de cet agent chez les femmes enceintes. Bien que la pravastatine ne se soit avérée tératogène ni chez les rates, à des doses allant jusqu'à 1000 mg/kg par jour, ni chez les lapines, à des doses allant jusqu'à 50 mg/kg par jour, il ne faudrait administrer TEVA-PRAVASTATIN aux femmes en âge de procréer que s'il est vraisemblablement peu probable que ces patientes deviennent enceintes et si on les a informées des dangers possibles. Si une grossesse intervient au cours du traitement par TEVA-PRAVASTATIN, il faut en interrompre l'administration et aviser de nouveau les patientes des risques possibles pour le fœtus.

Allaitement

Une quantité négligeable de pravastatine est excrétée dans le lait maternel. À cause du risque de réactions indésirables chez les nourrissons, il faudrait interrompre l'allaitement ou interrompre l'administration de TEVA-PRAVASTATIN.

Enfants (< 16 ans)

On ne possède que peu de données sur l'administration des statines chez les enfants (voir RÉFÉRENCES). De plus, aucune étude n'a été menée jusqu'à présent sur l'utilisation de TEVA-PRAVASTATIN chez ces patients. Par conséquent, il n'est pas recommandé pour l'instant d'administrer ce traitement à des enfants.

Personnes âgées (> 65 ans)

L'évaluation pharmacocinétique de la pravastatine chez les patients de plus de 65 ans indique un élargissement de l'aire sous la courbe. Aucune élévation de la fréquence des réactions indésirables n'a été signalée lors de ces études ni lors d'autres études menées chez des patients de ce groupe d'âge. Par mesure de précaution, il faudrait administrer au départ la dose la plus faible possible (voir RÉFÉRENCES).

Les personnes âgées peuvent être davantage prédisposées à la myopathie (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS — Effets musculaires — Facteurs prédisposant à la myopathie ou à la rhabdomyolyse).

Insuffisance rénale

Aucune étude n'a été menée sur l'administration de la pravastatine à des patients présentant une insuffisance rénale. Par mesure de précaution, il faudrait administrer à ces patients la dose la plus faible possible (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS — Effets musculaires).

EFFETS INDÉSIRABLES

Aperçu des effets indésirables du médicament

La pravastatine est généralement bien tolérée. Les effets indésirables, habituellement transitoires, ont été de légers à modérés. Les effets indésirables qui ont été observés ou signalés lors des études de courte et de longue durée sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Effets indésirables déterminés au cours des essais cliniques

Puisque les essais cliniques sont menés dans des conditions très particulières, les taux des effets indésirables qui sont observés peuvent ne pas refléter les taux observés en pratique et ne doivent pas être comparés aux taux observés dans le cadre des essais cliniques portant sur un autre médicament. Les renseignements sur les effets indésirables du médicament qui sont tirés d'essais cliniques s'avèrent utiles pour la détermination des événements indésirables liés aux médicaments et pour l'approximation des taux.

Études contrôlées de courte durée

Le tableau suivant présente tous les épisodes cliniques indésirables (sans égard à leur imputabilité) qui ont été signalés chez plus de 2 % des patients traités par la pravastatine lors d'études contrôlées par placebo d'une durée allant jusqu'à quatre mois; on y indique aussi le pourcentage de patients chez lesquels on croit que ces réactions étaient liées ou probablement liées au médicament.

Épisodes indésirables chez plus de 2 % des patients recevant de 10 à 40 mg de pravastatine dans le cadre d'études de courte durée, contrôlées par placebo

| Appareil ou système / effets | Ensemble des effets | | Effets attribués au médicament à l'étude | |
|--|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | Pravastatine (N = 900) % de patients | Placebo (N = 411) % de patients | Pravastatine (N = 900) % de patients | Placebo (N = 411) % de patients |
| <i>Cœur</i> Douleurs thoraciques de nature cardiaque | 4,0 | 3,4 | 0,1 | 0 |
| <i>Peau</i> Rash | 4,0* | 1,1 | 1,3 | 0,9 |
| <i>Tractus gastro-intestinal</i> Nausées/vomissements | 7,3 | 7,1 | 2,9 | 3,4 |
| Diarrhée | 6,2 | 5,6 | 2,0 | 1,9 |
| Douleurs abdominales | 5,4 | 6,9 | 2,0 | 3,9 |
| Constipation | 4,0 | 7,1 | 2,4 | 5,1 |
| Flatulence | 3,3 | 3,6 | 2,7 | 3,4 |
| Brûlures d'estomac | 2,9 | 1,9 | 2,0 | 0,7 |
| <i>Effets généraux</i> Fatigue | 3,8 | 3,4 | 1,9 | 1,0 |
| Douleurs thoraciques | 3,7 | 1,9 | 0,3 | 0,2 |
| Grippe | 2,4* | 0,7 | 0 | 0 |

| | | | | |
|-------------------------------------|------|-----|------|-----|
| <i>Appareil musculosquelettique</i> | | | | |
| Douleurs localisées | 10,0 | 9,0 | 1,4 | 1,5 |
| Myalgie | 2,7 | 1,0 | 0,6 | 0 |
| <i>Système nerveux</i> | | | | |
| Céphalées | 6,2 | 3,9 | 1,7* | 0,2 |
| Étourdissement | 3,3 | 3,2 | 1,0 | 0,5 |
| <i>Appareil génito-urinaire</i> | | | | |
| Anomalie des voies urinaires | 2,4 | 2,9 | 0,7 | 1,2 |
| <i>Appareil respiratoire</i> | | | | |
| Rhume | 7,0 | 6,3 | 0 | 0 |
| Rhinite | 4,0 | 4,1 | 0,1 | 0 |
| Toux | 2,6 | 1,7 | 0,1 | 0 |

* Différence statistiquement significative vs le placebo.

Lors de deux études contrôlées d'une durée moyenne de 8,6 mois, l'innocuité et la tolérabilité de la pravastatine sodique, à une dose de 80 mg, ont été similaires à celles de la pravastatine sodique à des doses plus faibles, sauf chez 4 des 464 patients prenant la dose de 80 mg de pravastatine qui ont présenté une seule élévation du taux de CPK (créatine-phosphokinase) > 10 x LSN (limite supérieure de la normale) comparativement à aucun des 115 patients prenant 40 mg de pravastatine.

Études prolongées et contrôlées, portant sur la morbidité et la mortalité

Lors de sept études à double insu, à répartition aléatoire et contrôlées par placebo, menées chez plus de 21 500 patients sous pravastatine (n = 10 784) ou sous placebo (n = 10 719), l'innocuité et la tolérabilité dans le groupe prenant la pravastatine ont été comparables à celles observées dans le groupe sous placebo. Plus de 19 000 patients ont été suivis pendant une durée médiane de 4,8 à 5,9 années, tandis que le reste des patients ont été suivis pendant au moins deux ans.

Les effets indésirables cliniques, qu'ils soient reliés de façon possible, probable ou certaine au médicament, sont survenus chez au moins 0,5 % des patients traités par la pravastatine ou un placebo au cours de ces études prolongées portant sur la morbidité et la mortalité, sont présentés dans le tableau ci-dessous :

| | Pravastatine sodique | PLACEBO |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | (N = 10 784) % | (N = 10 719) % |
| Appareil cardiovasculaire | | |
| Angine de poitrine | 3,1 | 3,4 |
| Trouble subjectif du rythme cardiaque | 0,8 | 0,7 |
| Hypertension | 0,7 | 0,9 |
| Œdème | 0,6 | 0,6 |
| Infarctus du myocarde | 0,5 | 0,7 |
| Tractus gastro-intestinal | | |

| | | |
|--|-----|-----|
| Dyspepsie/brûlures d'estomac | 3,5 | 3,7 |
| Nausées/vomissements | 1,4 | 1,6 |
| Flatulence | 1,2 | 1,1 |
| Constipation | 1,2 | 1,3 |
| Diarrhée | 0,9 | 1,1 |
| Douleurs abdominales | 0,9 | 1 |
| Distension abdominale | 0,5 | 0,5 |
| Appareil musculosquelettique | | |
| Douleurs musculosquelettiques (incluant l'arthralgie) | 5,9 | 5,7 |
| Crampes musculaires | 2,0 | 1,8 |
| Myalgie | 1,4 | 1,4 |
| Traumatisme musculosquelettique | 0,5 | 0,3 |
| Système nerveux | | |
| Étourdissements | 2,2 | 2,1 |
| Céphalées | 1,9 | 1,8 |
| Troubles du sommeil | 1,0 | 0,9 |
| Dépression | 1,0 | 1,0 |
| Anxiété/nervosité | 1,0 | 1,2 |
| Paresthésie | 0,9 | 0,9 |
| Engourdissements | 0,5 | 0,4 |
| Effets généraux | | |
| Fatigue | 3,4 | 3,3 |
| Douleurs thoraciques | 2,6 | 2,6 |
| Gain pondéral | 0,6 | 0,7 |
| Grippe | 0,6 | 0,5 |
| Cinq sens | | |
| Troubles de la vue (incluant la vision trouble) | 1,5 | 1,3 |
| Troubles oculaires (incluant l'inflammation oculaire) | 0,8 | 0,9 |
| Anomalie auditive (incluant les acouphènes et la perte d'audition) | 0,6 | 0,5 |
| Opacité de la rétine | 0,5 | 0,4 |
| Peau | | |
| Rash | 2,1 | 2,2 |
| Prurit | 0,9 | 1,0 |
| Appareil génito-urinaire | | |
| Anomalie des voies urinaires (incluant la dysurie et la nycturie) | 1,0 | 0,8 |
| Appareil respiratoire | | |
| Dyspnée | 1,6 | 1,6 |
| Infections des voies respiratoires supérieures | 1,3 | 1,3 |
| Toux | 1,0 | 1,0 |

| | | |
|---|-----|-----|
| Anomalie sinusale (incluant la sinusite | 0,8 | 0,8 |
| Pharyngite | 0,5 | 0,6 |

Résultats hématologiques et biologiques anormaux

On a mentionné auparavant des élévations des taux de transaminases sériques et de créatine-phosphokinase (CPK) chez les patients traités par la pravastatine sodique (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Effets indésirables signalés après la commercialisation du médicament

Les épisodes indésirables suivants ont aussi été rarement signalés après la commercialisation de la pravastatine sodique, sans égard à l'évaluation d'un lien causal :

- Appareil cardiovasculaire:* angio-œdème.
- Peau:* divers changements touchant la peau (prurit, anomalies du cuir chevelu, sécheresse de la peau et dermatite).
- Système endocrinien :* augmentation de la glycémie à jeun et du taux d'HbA_{1c}.
- Tractus gastro-intestinal :* pancréatite, hépatite et nécrose hépatique fulminante, insuffisance hépatique mortelle ou non, ictère (incluant l'ictère cholestatique), modifications des tissus adipeux du foie, cirrhose, thrombocytopénie, hépatome, selles anormales et changement de l'appétit; anomalies des résultats des tests de l'exploration fonctionnelle hépatique.
- Effets généraux :* douleurs thoraciques (de nature non cardiovasculaire), faiblesse, transpiration excessive, bouffées vasomotrices et fièvre.
- Hypersensibilité :* anaphylaxie, syndrome apparenté au lupus érythémateux, polymyalgie, douleurs rhumatismales, dermatomyosite, vasculite, purpura, anémie hémolytique, résultats positifs au dosage des anticorps antinucléaires, accélération de la vitesse de sédimentation des érythrocytes, arthrite, arthralgie, asthénie, réaction de photosensibilité, frissons, malaise, syndrome de Lyell, érythème polymorphe, incluant le syndrome de Stevens-Johnson.
- Système immunitaire :* allergie.
- Appareil musculosquelettique :* myopathie, rhabdomyolyse, troubles tendineux (en particulier tendinite et rupture de tendon), polymyosite et myopathie nécrosante à médiation immunitaire.

| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Système nerveux :</i> | dysfonctionnement de certains nerfs crâniens (incluant l'altération du goût, anomalie du mouvement extra-oculaire, parésie faciale), paralysie des nerfs périphériques, paresthésie, déséquilibre, vertiges, troubles de la mémoire, tremblements, sautes d'humeur, troubles de l'humeur dont dépression, troubles du sommeil dont insomnie et cauchemars. |
| <i>Appareil respiratoire :</i> | très rares cas de pneumopathie interstitielle, particulièrement lorsque le traitement est de longue durée. En cas de pneumopathie interstitielle soupçonnée, il faut interrompre le traitement par une statine. |
| <i>Appareil reproducteur :</i> | gynécomastie, impuissance (voir fonction endocrinienne), urticaire, dysfonctionnement sexuel, modification de la libido. |
| <i>Cinq sens :</i> | symptômes oculaires (incluant douleurs, sécheresse ou démangeaisons), acouphène, altération du goût. |

De rares cas d'atteinte cognitive (p. ex. perte de mémoire, oublis, amnésie, troubles de la mémoire, confusion) associés à l'utilisation d'une statine ont été signalés dans le cadre de la pharmacovigilance. Toutes les statines ont fait l'objet de tels signalements. Les symptômes signalés ne sont généralement pas graves et sont réversibles après l'arrêt du traitement par la statine. Le délai avant l'apparition des symptômes (un jour à plusieurs années) et avant leur disparition (médiane de trois semaines) varie.

On a aussi signalé les troubles suivants lors de l'administration d'autres statines: hépatite, ictère cholestatique, anorexie, troubles psychiques comprenant l'anxiété, hypospermie, hypersensibilité et augmentation de la glycémie à jeun et du taux d'HbA_{1c} (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Cristallin

D'après les données actuelles provenant d'études cliniques, la pravastatine n'entraîne aucun effet indésirable sur le cristallin humain.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Interactions médicament-médicament

Traitement concomitant avec d'autres régulateurs du métabolisme lipidique

Selon des études de surveillance après commercialisation, le gemfibrozil, le fénofibrate, d'autres fibrates et les doses hypolipidémiantes de niacine (acide nicotinique) peuvent augmenter le risque de myopathie lorsqu'ils sont administrés en concomitance avec des inhibiteurs de l'HMG Co-A

réductase, probablement parce qu'ils peuvent entraîner la myopathie lorsqu'ils sont utilisés en monothérapie (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS — Effets musculaires). Par conséquent, on devrait faire preuve de prudence lorsqu'on administre un traitement d'association.

Chélateurs des acides biliaires

Les données préliminaires laissent entendre que les effets hypocholestérolémiants de la pravastatine sodique et des chélateurs des acides biliaires, de la cholestyramine et du colestipol sont cumulatifs.

Lorsqu'on a administré la pravastatine une heure avant ou quatre heures après la cholestyramine ou une heure avant le colestipol et un repas normal, on n'a noté aucune diminution significative sur le plan clinique, de la biodisponibilité ou de l'effet thérapeutique. L'administration concomitante a entraîné une diminution approximative de 40 à 50 % de l'aire moyenne sous la courbe de la pravastatine (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION — Traitement concomitant).

Gemfibrozil et acide nicotinique

Le gemfibrozil et l'acide nicotinique n'ont aucun effet significatif sur le plan statistique sur la biodisponibilité de la pravastatine. Toutefois, lors d'une étude clinique portant sur un échantillon limité, on a observé une tendance vers l'élévation du taux de CPK et la manifestation de symptômes musculosquelettiques chez les patients recevant simultanément la pravastatine et le gemfibrozil.

La myopathie, incluant la rhabdomyolyse, est survenue chez les patients qui ont reçu en même temps un inhibiteur de l'HMG Co-A réductase, un dérivé de l'acide fibrique et de la niacine, particulièrement chez les sujets présentant une insuffisance rénale préexistante (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS — Effets musculaires).

Autres traitements concomitants

L'utilisation des inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase a été associée à une myopathie grave, incluant la rhabdomyolyse, qui peut être plus fréquente lorsqu'ils sont administrés avec des médicaments qui inhibent le système enzymatique du cytochrome P₄₅₀. Des données *in vitro* et *in vivo* indiquent que la pravastatine n'est pas métabolisée par le cytochrome P₄₅₀ 3A4, du moins pas à un niveau cliniquement significatif, comme l'ont prouvé des études menées sur des inhibiteurs connus du cytochrome P₄₅₀ 3A4.

Digoxine

On a montré que l'administration concomitante de digoxine et d'autres inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase augmentait les concentrations de digoxine à l'état d'équilibre. Les effets potentiels de la coadministration de la digoxine et de TEVA-PRAVASTATIN sont inconnus. Par prudence, on devrait suivre de près les patients prenant de la digoxine.

Antipyrine

On a utilisé l'antipyrine comme modèle de médicament métabolisé par les enzymes hépatiques microsomiales (système cytochrome P₄₅₀). La pravastatine n'a exercé aucun effet sur la pharmacocinétique de l'antipyrine.

Anticoagulants coumariniques

La pravastatine n'a exercé aucun effet clinique important sur le temps de prothrombine, comme l'a démontré une étude où elle a été administrée à des personnes âgées dont l'état avait été stabilisé par la warfarine.

Antiacides et cimétidine

En général, les antiacides (administrés une heure avant la pravastatine sodique) réduisent la biodisponibilité de la pravastatine alors que la cimétidine l'augmente. Ces modifications n'avaient pas de signification statistique. La signification clinique de ces interactions n'est pas connue, mais, si l'on juge d'après l'interaction avec les aliments (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE – Pharmacologie chez l'humain), elle doit être minime.

On ne possède aucune donnée sur l'interaction de la pravastatine et de l'érythromycine (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS — Effets musculaires).

Bien qu'on n'ait pas mené des études précises d'interaction au cours des essais cliniques, on n'a signalé aucune interaction médicamenteuse notable lorsqu'on a ajouté la pravastatine sodique à un traitement par des diurétiques, des antihypertenseurs, des dérivés digitaliques, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), des inhibiteurs calciques, des bêta-bloquants ou de la nitroglycérine.

Propranolol

L'administration concomitante du propranolol et de la pravastatine a réduit les valeurs de l'ASC de 23 % et de 16 %, respectivement.

Cyclosporine

Plusieurs études montrent que la cyclosporine semble faire augmenter la concentration plasmatique de pravastatine de plusieurs fois.

Lors d'une étude multicentrique, les valeurs de l'ASC notées avec la pravastatine ont quintuplé en présence de cyclosporine. On n'a observé aucune accumulation de pravastatine après l'administration de plusieurs doses (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION et RÉFÉRENCES).

Macrolides

En cas d'administration concomitante, les macrolides peuvent faire augmenter l'exposition aux statines. En raison du risque accru de myopathie, la pravastatine doit être utilisée avec prudence chez les patients qui reçoivent des macrolides.

Interactions médicament-épreuves de laboratoire

La pravastatine peut élever les taux de créatine-phosphokinase et de transaminases. On devrait tenir compte de cet effet possible lors du diagnostic différentiel des douleurs thoraciques chez un patient traité par la pravastatine.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Considérations posologiques

On devrait recommander aux patients une diétothérapie hypocholestérolémiante standard [étant au moins l'équivalent du régime recommandé par l'*Adult Treatment Panel III* (ATP III TLC Diet)] avant de recevoir TEVA-PRAVASTATIN et ceux-ci devraient la poursuivre au cours de leur traitement par TEVA-PRAVASTATIN. Si cela est approprié, on devrait élaborer un programme de maîtrise du poids et un programme d'exercices physiques.

Avant d'instaurer le traitement par TEVA-PRAVASTATIN, il faudrait écarter les causes secondaires des élévations des taux lipidiques plasmatiques. Il faudrait également effectuer un bilan lipidique.

Posologie recommandée et ajustement posologique

Hypercholestérolémie et coronaropathie

La dose initiale recommandée est de 20 mg, une fois par jour, au coucher. Lorsqu'un abaissement important du taux de C-LDL est nécessaire, on peut amorcer le traitement à 40 mg, une fois par jour. L'administration de la dose de 80 mg, une fois par jour, devrait être réservée dans les cas où on n'atteint pas la cible thérapeutique à des doses plus faibles. On peut prendre TEVA-PRAVASTATIN sans égard aux repas (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE).

Chez les patients ayant des antécédents de dysfonctionnement rénal ou hépatique, on recommande une dose de départ de 10 mg par jour.

Traitement concomitant

L'état de certains patients peut dicter un traitement d'association avec un ou plusieurs agents hypolipidémiants. L'interaction pharmacocinétique n'a provoqué aucune modification significative sur le plan statistique de la biodisponibilité de la pravastatine, lorsque celle-ci a été administrée en même temps que l'acide nicotinique, ou le gemfibrozil. En général, il faudrait toutefois éviter l'usage concomitant de la pravastatine et des fibrates (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS — Effets musculaires).

Lors d'un traitement conjoint, les effets hypolipidémiants de TEVA-PRAVASTATIN et d'un chélateur des acides biliaires sur les taux de cholestérol total et de cholestérol lié aux lipoprotéines de basse densité sont additifs. Toutefois, si on doit administrer un chélateur des acides biliaires (p. ex. la cholestyramine, le colestipol) en association avec la pravastatine, on ne devrait pas administrer TEVA-PRAVASTATIN en même temps, mais plutôt au moins une heure

avant ou quatre heures après le chélateur (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES — Traitement concomitant avec d'autres régulateurs du métabolisme lipidique).

Chez les patients prenant de la cyclosporine, avec ou sans médicaments immunosuppresseurs, le traitement par la pravastatine devrait être amorcé à raison de 10 mg par jour, et la dose devrait être majorée avec prudence. La plupart des patients traités par cette association ont reçu au maximum 20 mg par jour de pravastatine (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES — Autres traitements concomitants, Cyclosporine).

On devrait établir la dose de TEVA-PRAVASTATIN selon les taux initiaux de C-LDL, le rapport C-total/C-HDL et/ou les taux de TG afin de pouvoir atteindre les valeurs lipidiques désirées avec la dose la plus faible possible.

SURDOSAGE

Pour connaître les mesures à prendre en cas de surdosage présumé, il faut communiquer avec le centre antipoison de sa région.

On a signalé deux cas de surdosage par la pravastatine. Les deux patients étaient asymptomatiques et ne présentaient pas d'anomalies cliniques selon les épreuves de laboratoire.

En cas de surdosage, il faut recourir à un traitement de soutien axé sur la suppression des symptômes et prendre les mesures thérapeutiques appropriées. Étant donné le peu d'expérience acquise à ce jour avec la pravastatine, on ne peut recommander aucun traitement particulier du surdosage. On ne sait pas si la pravastatine et ses métabolites peuvent être éliminés par la dialyse.

MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

Mode d'action

La pravastatine sodique fait partie d'une classe de composés hypolipémiants, appelés inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase (statines), qui réduisent la biosynthèse du cholestérol. Ces agents sont des inhibiteurs compétitifs de la 3-hydroxy-3-méthylglutaryl-coenzyme A (HMG Co-A) réductase, l'enzyme qui catalyse l'étape précoce limitante de la biosynthèse du cholestérol, soit la conversion de l'HMG Co-A en mévalonate. La pravastatine est isolée d'une souche de *Penicillium citrinum*. Le principe actif est la forme hydroxy-acide.

La pravastatine sodique exerce son effet hypolipémiant de deux façons. Premièrement, par suite de l'inhibition réversible de l'activité de l'HMG Co-A réductase, la pravastatine réduit modérément l'accumulation du cholestérol intracellulaire, ce qui entraîne une augmentation du nombre de récepteurs des lipoprotéines de basse densité (LDL) sur la surface des cellules ainsi qu'une intensification du catabolisme à médiation de récepteurs et de la clairance des LDL en circulation. Deuxièmement, la pravastatine inhibe la production des LDL en inhibant la synthèse hépatique des lipoprotéines de très basse densité (VLDL), précurseurs des LDL.

Lors d'études cliniques et épidémiologiques, on a associé le risque de coronaropathie à des taux élevés de cholestérol total et de C-LDL et à des taux réduits de C-HDL. Ces anomalies du métabolisme des lipoprotéines sont considérées comme d'importants facteurs qui contribuent à l'émergence de la maladie. D'autres facteurs, par exemple les interactions entre les lipides ou les lipoprotéines et l'endothélium, les plaquettes et les macrophages, ont également été tenus responsables de la manifestation de l'athérosclérose et de ses complications chez l'humain.

Lors d'études cliniques prospectives de longue durée, le traitement efficace de l'hypercholestérolémie et de la dyslipidémie a été constamment associé à une réduction du risque de coronaropathie.

Le traitement par la pravastatine sodique a entraîné la réduction des taux sanguins de cholestérol total et de C-LDL et d'apolipoprotéines B et une diminution modeste des taux de C-VLDL et de triglycérides tout en engendrant des augmentations d'importances diverses des taux de C-HDL et d'apolipoprotéines A. Des études cliniques laissent supposer que l'effet de la pravastatine sodique sur la réduction des épisodes cliniques semble inclure la modification des taux de cholestérol et certains mécanismes secondaires.

La pravastatine possède des caractéristiques pharmacocinétiques complexes.

Pharmacologie chez l'humain

Chez les volontaires normocholestérolémiques, ainsi que chez les patients hypercholestérolémiques, le traitement par la pravastatine sodique a réduit les taux de C-total, de C-LDL, d'apolipoprotéines B, de C-VLDL et de TG et a élevé les taux de C-HDL et d'apolipoprotéines A. Le mécanisme d'action de la pravastatine est complexe. Il entraîne l'inhibition de la synthèse et (ou) de la sécrétion des VLDL hépatiques, ce qui a pour effet la diminution de la formation des précurseurs des LDL. La réduction du capital de cholestérol dans les cellules hépatiques, qui résulte d'une inhibition spécifique et réversible de l'activité de l'HMG Co-A réductase, entraîne une accélération du catabolisme fractionnel des lipoprotéines de densité intermédiaire (IDL) et des lipoprotéines de basse densité (LDL) par une expression accrue des récepteurs LDL à la surface des cellules hépatiques. Par une association de ces effets et, probablement, d'autres effets métaboliques inconnus, il s'ensuit une chute des taux sériques de cholestérol.

Pharmacocinétique

Absorption

On administre la pravastatine sodique par voie orale sous sa forme active. Suite à l'ingestion orale, elle est rapidement absorbée et les pics plasmatiques sont atteints en l'espace de 1,0 heure à 1,5 heure approximativement. D'après la fraction de la dose orale ou intraveineuse de médicament, marquée avec un radio-isotope, qu'on retrouve dans l'urine, l'absorption moyenne de la pravastatine est de 34 %. La biodisponibilité absolue moyenne de la molécule mère est de 17 %. La réponse au traitement par la pravastatine sodique est similaire, qu'elle soit administrée en même temps que les repas ou une heure avant, bien que la présence d'aliments dans le tube digestif réduise la biodisponibilité générale.

Diminution en pourcentage du C-LDL

| Pravastatine | 10 mg, 2 fois par jour | 20 mg, 2 fois par jour |
|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| avec les repas | — 25 % | — 37 % |
| avant les repas* | — 26 % | — 36 % |

* une heure au moins avant le repas

Distribution

La pravastatine subit une forte extraction (taux d'extraction hépatique évalué à 66 %) au cours d'un premier passage dans le foie, son principal lieu d'action, et elle est excrétée dans la bile. Par conséquent, les taux plasmatiques du médicament ne sont probablement pas très utiles pour évaluer son efficacité thérapeutique. Néanmoins, les mesures des taux plasmatiques de pravastatine par spectrométrie de masse et chromatographie en phase gazeuse ont montré la proportionnalité des doses pour l'aire sous la courbe des taux en fonction du temps, et les taux plasmatiques maximaux et à l'état d'équilibre. D'après les aires sous la courbe des taux plasmatiques à l'état d'équilibre en fonction du temps et les taux plasmatiques maximaux (C_{max}) ou minimaux (C_{min}), il n'y a aucune accumulation de pravastatine par suite de l'administration quotidienne ou biquotidienne de comprimés de TEVA-PRAVASTATIN.

Métabolisme

La pravastatine subit un fort métabolisme. Le principal métabolite est l'isomère 3 α -hydroxy, qui possède de un dixième à un quarantième de l'effet inhibiteur de la molécule mère sur l'HMG Co-A réductase.

Excrétion

Le taux de fixation de la pravastatine aux protéines est de 50 % environ. Sa demi-vie d'élimination plasmatique se situe entre 1,5 et 2 heures (2,5 à 3 heures chez les sujets hypercholestérolémiques). Une fraction de 20 % environ de la dose orale de médicament marqué avec un radio-isotope est excrétée dans l'urine et 70 %, dans les fèces.

Après l'administration intraveineuse de la pravastatine à des sujets en bonne santé, environ 47 % de la clairance totale du médicament se fait par excrétion rénale de la pravastatine intacte et 53 % environ par des voies autres que rénales, à savoir, excrétion biliaire et biotransformation.

Populations particulières et états pathologiques

Pédiatrie

On possède peu de données sur l'administration des statines chez les enfants (voir RÉFÉRENCES). De plus, aucune étude n'a été menée jusqu'à présent sur l'utilisation de pravastatine sodique chez ces patients. Par conséquent, il n'est pas recommandé pour l'instant d'administrer ce traitement à des enfants.

Gériatrie

Les études menées sur la pravastatine sodique, administrée en une seule dose à des hommes et des femmes âgés et en bonne santé (de 65 à 78 ans), indiquent une élévation de 30 à 50 % des taux plasmatiques.

Insuffisance rénale

Aucune étude n'a été menée chez des patients atteints d'insuffisance rénale.

ENTREPOSAGE ET STABILITÉ

Conserver TEVA-PRAVASTATIN (pravastatine sodique) à la température ambiante (15 °C à 30 °C), à l'abri de la lumière et de l'humidité.

FORMES PHARMACEUTIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT

Chaque comprimé TEVA-PRAVASTATIN contient de la pravastatine sodique, l'ingrédient actif. Les comprimés contiennent également les ingrédients non médicinaux suivants : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, crospovidone, lactose anhydre, phosphate de calcium dibasique anhydre, povidone, stéaryl fumarate de sodium, AD&C bleu n° 1 (11 à 13 %) sur substrat d'aluminium), D&C jaune n° 10 (18 à 24 % sur substrat d'aluminium) (comprimés à 40 mg), oxyde de fer jaune (comprimés à 20 mg), oxyde de fer rouge (comprimé à 10 mg).

TEVA-PRAVASTATIN à 10 mg : comprimés biconvexes, rectangulaires, arrondis, de couleur rose à pêche, portant les inscriptions **N** d'un côté et **10** de l'autre.

TEVA-PRAVASTATIN à 20 mg : comprimés biconvexes, rectangulaires, arrondis, de couleur jaune, portant les inscriptions **N** d'un côté et **20** de l'autre.

TEVA-PRAVASTATIN à 40 mg : comprimés biconvexes, rectangulaires, arrondis, de couleur verte, portant les inscriptions **N** d'un côté et **40** de l'autre.

Les comprimés TEVA-PRAVASTATIN à 10 mg, 20 mg et 40 mg sont offerts en flacons de 90 ou 100 comprimés, ainsi qu'en formats de doses unitaires de 30 ou 100 comprimés.

PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

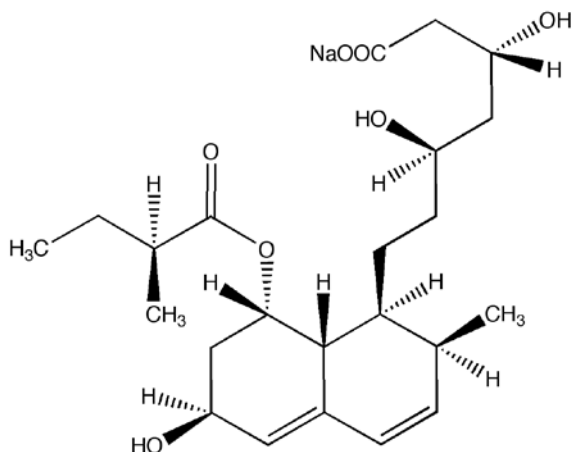
Substance médicamenteuse

Dénomination commune : pravastatine sodique

Dénomination systématique : Sel sodique de l'acide (3R,5R)-3,5-dihydroxy-7-[(1S,2S,6S,8S,8aR)-6-hydroxy-2-méthyl-8-[[[(2S)-2-méthylbutanoyl]oxy]-1,2,6,7,8,8a-hexahydronaphtalén-1-yl]heptanoïque

Formule et masse moléculaires : $C_{23}H_{35}O_7 Na$ 446,52 g/mol

Formule développée :



Propriétés physicochimiques :

La pravastatine sodique est une poudre cristalline hygroscopique de couleur blanc à blanc cassé, très soluble dans l'eau et le méthanol, soluble dans l'éthanol, légèrement soluble dans l'alcool isopropylique et pratiquement insoluble dans l'acétonitrile, l'acétone, le chloroforme, l'acétate d'éthyle et l'éther.

ESSAIS CLINIQUES

Biodisponibilité comparative

Le tableau ci-dessous présente les résultats d'une étude croisée bilatérale destinée à comparer la biodisponibilité de deux préparations de pravastatine sodique — comprimés TEVA-PRAVASTATIN à 40 mg et comprimés PRAVACHOL® à 40 mg — administrées en doses uniques à des sujets à jeun.

Les données pharmaceutiques obtenues pour les deux formulations sont présentées au tableau ci-dessous :

| Paramètre | D'après les données mesurées | | Rapport des moyennes géométriques (%) | Intervalle de confiance à 90 % |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| | Moyenne géométrique | Moyenne arithmétique (% CV) | | |
| | TEVA-PRAVASTATIN 1 x 40 mg | PRAVACHOL® 1 x 40 mg** | | |
| ASC _T (ng•h/mL) | 114,03 132,92 (54,98) | 119,87 137,16 (51,78) | 95,13 | 87,6 – 103,3 |
| ASC _I (ng•h/mL) | 115,75 134,58 (54,72) | 121,61 138,70 (51,34) | 95,18 | 87,7 – 103,3 |
| C _{max} (ng/mL) | 51,64 61,29 (55,91) | 54,63 64,61 (55,50) | 94,53 | 85,0 – 105,1 |
| t _{max} * (h) | 1,03 (36,70) | 1,02 (30,79) | - | - |
| t _{1/2} * (h) | 3,08 (66,26) | 3,05 (66,95) | - | - |

* Exprimé sous forme de moyenne arithmétique uniquement (% CV).

** Comprimés PRAVACHOL® à 40 mg (Bristol-Myers Squibb Company) achetés aux É.-U.

Hypercholestérolémie

La pravastatine sodique abaisse de façon très efficace les taux de cholestérol total et de cholestérol LDL chez les patients atteints d'hypercholestérolémie primaire. On observe une réaction notable en l'espace d'une semaine, mais la réponse thérapeutique maximale se produit habituellement en l'espace de quatre semaines. La réponse se maintient pendant le traitement prolongé. De plus, la pravastatine sodique est efficace dans le ralentissement de l'évolution de l'athérosclérose, la réduction du risque d'épisodes coronariens, du taux de mortalité totale et des décès par coronaropathie et la diminution de l'incidence d'accidents vasculaires cérébraux chez les patients hypercholestérolémiques souffrant d'une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse. De plus, la pravastatine sodique réduit efficacement le risque de décès par coronaropathie (IM d'issue fatale et mort subite) et d'IM d'issue non fatale, sans augmenter le taux de décès dus à des causes autres que cardiovasculaires chez les patients hypercholestérolémiques n'ayant jamais subi d'infarctus du myocarde. La réduction du risque est manifeste dans les 6 mois qui suivent le début du traitement (voir Figure 1).

Les doses univoquotidiennes de pravastatine sodique sont efficaces. Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, la pravastatine sodique, administrée une fois par jour ou en doses fractionnées (2 fois par jour), exerce les mêmes effets sur la réduction des taux de C-total et de C-LDL. L'administration univoquotidienne semble être légèrement plus bénéfique le soir que le matin, probablement parce que la synthèse hépatique du cholestérol se fait surtout la nuit.

Les résultats d'une étude multicentrique, à double insu, qui comparait les réponses au placebo et à la pravastatine, administrés pendant huit semaines à des groupes parallèles de patients sont présentés ci-dessous :

Posologie univoquotidienne c. Posologie bivoquotidienne*

| Pravastatine | N | C-total | C-LDL | C-HDL | TG |
|---------------------|----------|----------------|--------------|--------------|-----------|
| 40 mg, 1 f./matin | 41 | - 23 % | - 30 % | + 4 % | - 11 % |
| 40 mg, 1 f./soir | 33 | - 26 % | - 33 % | + 8 % | - 24 % |
| 20 mg, 2 f./jour | 44 | - 27 % | - 34 % | + 8 % | - 25 % |

*On a administré les doses du soir au moins trois heures après le dîner et les doses du matin, au moins une heure avant le petit déjeuner.

Patients souffrant d'hypercholestérolémie primaire (71 % familiale ou familiale combinée, 29 % non familiale). Taux initial moyen de C-LDL = 6,34 mmol/L (245,4 mg/dL).

Lors d'études multicentriques, à double insu, menées chez plus de 1100 patients souffrant d'hypercholestérolémie primaire, on a comparé la pravastatine sodique, administrée en doses quotidiennes de 5 mg à 80 mg, à un placebo. La pravastatine sodique a réduit de façon significative les taux de C-total et de C-LDL ainsi que les rapports de C-total/C-HDL et de C-LDL/C-HDL. De plus, la pravastatine a augmenté légèrement les taux de C-HDL et a diminué ceux de C-VLDL et de triglycérides plasmatiques.

Dans les tableaux ci-dessous, on illustre les effets dose-réponse sur les lipides provenant de deux études, évalués huit semaines après l'administration de TEVA-PRAVASTATIN une ou deux fois par jour.

Résultats dose-réponse *(administration univoquotidienne au coucher)

| Pravastatine | N | C-total | C-LDL | C-HDL | TG |
|---------------------|----------|----------------|--------------|--------------|-----------|
| 5 mg, 1 f.p.j. | 16 | - 14 % | - 19 % | + 5 % | - 14 % |
| 10 mg, 1 f.p.j. | 18 | - 16 % | - 22 % | + 7 % | - 15 % |
| 20 mg, 1 f.p.j. | 19 | - 24 % | - 32 % | + 2 % | - 11 % |
| 40 mg, 1 f.p.j. | 18 | - 25 % | - 34 % | + 12 % | - 24 % |

* Patients souffrant d'hypercholestérolémie primaire (28 % familiale ou familiale combinée, 72 % non familiale). Taux initial moyen de C-LDL = 5,68 mmol/L (219,6 mg/dL).

Résultats dose-réponse * (administration biquotidienne)

| Pravastatine | N | C-total | C-LDL | C-HDL | TG |
|-----------------|----|---------|--------|-------|--------|
| 5 mg, 2 f.p.j. | 59 | - 15 % | - 20 % | + 7 % | - 14 % |
| 10 mg, 2 f.p.j. | 53 | - 18 % | - 24 % | + 6 % | - 17 % |
| 20 mg, 2 f.p.j. | 56 | - 24 % | - 31 % | + 5 % | - 17 % |

* Patients souffrant d'hypercholestérolémie primaire (70 % familiale ou familiale combinée, 30 % non familiale).
Taux initial moyen de C-LDL = 6,06 mmol/L (234,5 mg/dL).

La pravastatine sodique est également efficace lorsqu'elle est administrée en association avec une résine fixatrice des acides biliaires (chélateur). Dans une étude où l'on a administré la pravastatine sodique seule ou en association avec la cholestyramine, on a observé des réductions marquées des taux de C-LDL. De plus, la pravastatine sodique a atténué l'élévation des taux de TG observée lors de l'administration de la cholestyramine seule. (Il faut interpréter les résultats de l'étude, indiqués dans le tableau qui suit, en tenant compte d'un taux exceptionnellement élevé de patients fidèles au traitement avec la résine fixatrice des acides biliaires (chélateur) [70 % des patients prenaient 20 ou 24 g par jour]).

Comparaison avec la résine de cholestyramine*

| | N | C-total | C-LDL | C-HDL | TG |
|------------------------------|----|---------|--------|-------|--------|
| Pravastatine | | | | | |
| 20 mg, 2 f.p.j. | 49 | - 24 % | - 32 % | + 6 % | - 10 % |
| 40 mg, 2 f.p.j. | 52 | - 30 % | - 39 % | + 5 % | - 15 % |
| Résine seule ** | 41 | - 22 % | - 31 % | + 2 % | + 16 % |
| Association | | | | | |
| 20 mg, 2 f.p.j. et résine ** | 49 | - 38 % | - 52 % | + 5 % | - 1 % |

* Patients souffrant d'hypercholestérolémie primaire (68 % familiale ou familiale combinée, 32 % non familiale).
Taux initial moyen de C-LDL = 6,09 mmol/L (235,3 mg/dL).

** La dose de résine administrée pendant cette étude était de 24 g.

Prévention primaire des épisodes coronariens

La pravastatine sodique s'est révélée efficace dans la réduction du risque de décès par coronaropathie et d'IM d'issue non fatale chez les patients hypercholestérolémiques n'ayant pas subi d'infarctus du myocarde.

Lors de l'étude *West of Scotland* (WOS), on a évalué l'effet du traitement par la pravastatine sodique sur la coronaropathie d'issues fatale et non fatale chez 6595 patients. Cette population de patients était composée d'hommes (âgés de 45 à 66 ans, n'ayant pas d'antécédent d'infarctus du myocarde, mais présentant des taux élevés de C-LDL se situant entre 4 et 6,7 mmol/L (entre 156 et 254 mg/dL). Lors de cette étude randomisée, à double insu et contrôlée par placebo, les patients ont reçu des soins standard incluant des conseils sur l'alimentation et 40 mg de pravastatine sodique par jour (n = 3302) ou le placebo (n = 3293), pendant une durée médiane de 4,8 années.

La pravastatine sodique a réduit de façon significative, soit de 31 %, le risque de décès par coronaropathie et d'IM d'issue non fatale (248 patients dans le groupe prenant le placebo [décès par coronaropathie = 44; IM d'issue non fatale = 204] par rapport à 174 patients recevant la pravastatine sodique [décès par coronaropathie = 31; IM d'issue non fatale = 143]; $p = 0,0001$). Comme le montre la figure ci-dessous, la divergence dans les courbes des taux d'épisodes cumulatifs pour ce point d'aboutissement se manifeste dans les six mois suivant le début du traitement. Cette réduction a été similaire et significative pour tous les taux de cholestérol LDL initiaux avec une réduction du risque de 37 % pour des taux de cholestérol LDL se situant entre 4 et 4,8 mmol/L (entre 156 et 188 mg/dL) ($p = 0,003$) et une réduction du risque de 27 % pour des taux de cholestérol LDL se situant entre 4,9 et 6,7 mmol/L (entre 189 et 254 mg/dL) ($p = 0,03$). Cette réduction a été également similaire et significative pour tous les groupes d'âge évalués, la réduction du risque étant de 40 % chez les patients âgés de moins de 55 ans ($p = 0,002$) et de 27 %, chez les patients âgés de 55 ans et plus ($p = 0,009$).

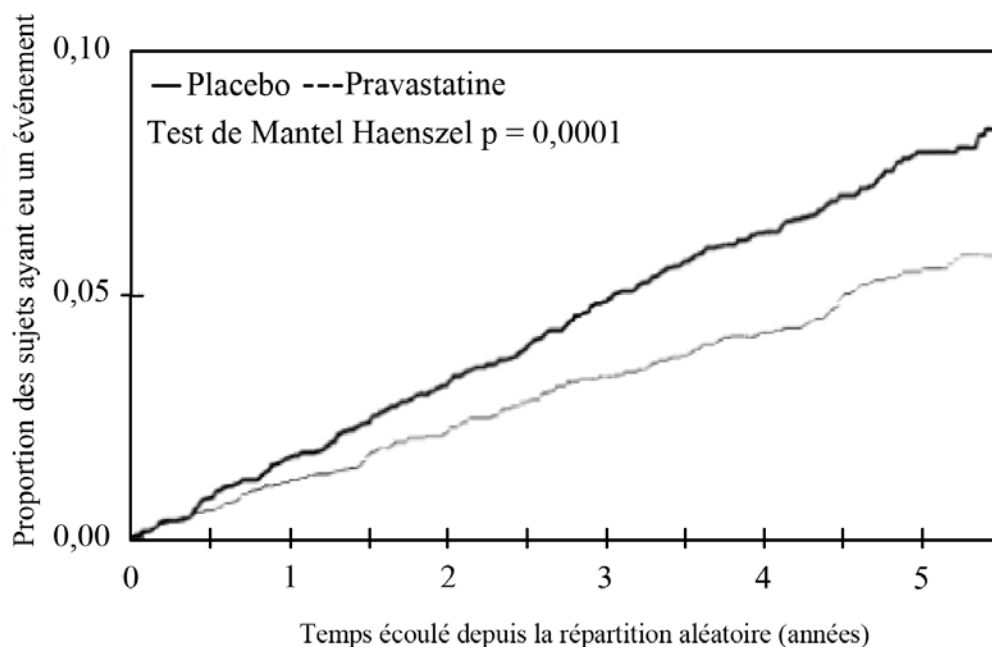


Figure 1. Décès par coronaropathie ou infarctus du myocarde d'issue non fatale.

Le taux de mortalité totale par maladie cardiovasculaire a diminué de 32 % (73 contre 50, $p = 0,03$) et le taux de mortalité global, de 22 % (135 contre 106, $p = 0,051$). On n'a noté aucune différence significative sur le plan statistique entre les groupes de traitement en termes de décès par des causes autres que cardiovasculaires, incluant les décès par cancer. La pravastatine sodique a aussi diminué de 37 % le besoin d'intervention de revascularisation du myocarde (greffes par pontage aortocoronarien ou angioplastie coronarienne) (80 contre 51 patients; $p = 0,009$) et de 31 % celui d'angiographie coronarienne [128 contre 90 patients; $p = 0,007$].

Dans l'étude *West of Scotland*, on a exclu les femmes, les personnes âgées et la plupart des patients souffrant d'hypercholestérolémie familiale (HF). Par conséquent, on n'a pas établi jusqu'à quel point les résultats de l'étude WOS peuvent être extrapolés à ces sous-

populations de patients hypercholestérolémiques (voir ESSAIS CLINIQUES - Prévention primaire).

- Chez les patients souffrant d'une HF hétérozygote, la réduction optimale des taux de cholestérol total et de cholestérol LDL nécessite un traitement d'association chez la majorité d'entre eux (voir RÉFÉRENCES).
(Pour une HF homozygote, voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS - Usage dans le cas d'une hypercholestérolémie familiale homozygote).
- Étant donné qu'il n'y a pas de données tirées de l'étude WOS portant sur les cas d'hyperlipidémie familiale combinée, on ne peut évaluer l'effet de la pravastatine sodique chez ce sous-groupe de patients dyslipidémiques exposés un risque élevé.

Prévention secondaire des épisodes cardiovasculaires

La pravastatine sodique s'est avérée efficace dans la réduction du risque de mortalité totale, de décès par coronaropathie, d'épisodes coronariens récurrents (incluant l'infarctus du myocarde), de la fréquence des accidents vasculaires cérébraux ou des accès ischémiques transitoires (AIT), du recours aux interventions de revascularisation du myocarde et à l'hospitalisation chez les patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde ou d'angine instable.

Lors de l'étude LIPID (**L**ong-**T**erm **I**ntervention with **P**ravastatin in **I**schemic **D**isease), on a évalué l'effet d'une dose unique quotidienne de pravastatine sodique à 40 mg chez 9014 hommes et femmes dont les taux de cholestérol sérique étaient de normaux à élevés (taux initial de C-total = 155 - 271 mg/dL [4,0 - 7,0 mmol/L]; taux médian de C-total = 218 mg/dL [5,66 mmol/L]; taux médian de C-LDL = 150 mg/dL [3,88 mmol/L]). Ces patients avaient aussi subi un infarctus du myocarde ou avaient été hospitalisés en raison d'une angine instable, au cours des 3 à 36 mois antérieurs. Les patients présentant une vaste gamme de taux de triglycérides initiaux ont été inscrits à l'étude (≤ 443 mg/dL [5,0 mmol/L]). De plus, les taux initiaux de C-HDL ne restreignaient pas l'inscription à l'étude. Au départ, 82 % des patients recevaient de l'aspirine, 47 %, un bêtabloquant et 76 %, un antihypertenseur. La durée moyenne de la participation à cette étude multicentrique, à double insu, contrôlée par placebo, a été de 5,6 ans (durée médiane = 5,9 ans).

Le traitement par la pravastatine sodique a réduit de façon significative le risque de décès par coronaropathie, soit de 24 % ($p = 0,0004$). Le risque d'épisodes coronariens (décès par coronaropathie ou IM d'issue non fatale) a été significativement réduit de 24 % ($p < 0,0001$) chez les patients traités par la pravastatine sodique. Le risque d'infarctus d'issue fatale ou non fatale a chuté de 29 % ($p < 0,0001$). La pravastatine sodique a aussi réduit de 23 % ($p < 0,0001$) le risque de mortalité totale et de 25 % le risque de mortalité cardiovasculaire ($p < 0,0001$). Le besoin de recourir à une revascularisation du myocarde (pontage aortocoronarien par greffe ou angioplastie transluminale percutanée) a chuté significativement de 20 % ($p < 0,0001$) chez les patients traités par la pravastatine sodique. Le risque d'accident vasculaire cérébral a également été réduit de façon significative, soit de 19 % ($p = 0,0477$). Le traitement par la pravastatine sodique a réduit de façon significative le nombre de jours d'hospitalisation par 100 personnes-années de suivi, soit de 15 % ($p < 0,001$). L'effet de pravastatine sodique sur la réduction du nombre d'épisodes de coronaropathie a été constant sans égard à l'âge, au sexe ou à la présence de diabète. Chez les patients qui ont été admis en raison de leurs antécédents d'infarctus du myocarde, la pravastatine

sodique a réduit de façon significative le risque de mortalité global et d'IM d'issue fatale ou non fatale (réduction du risque de mortalité global = 21 %, $p = 0,0016$; réduction du risque d'IM d'issue fatale ou non fatale = 25 %, $p = 0,0008$). Chez les patients qui avaient été admis en raison d'une hospitalisation dictée par l'angine de poitrine instable, la pravastatine sodique a réduit significativement le risque de mortalité global et d'IM d'issue fatale ou non fatale (réduction du risque de mortalité global = 26 %, $p = 0,0035$; réduction du risque d'IM d'issue fatale ou non fatale = 37 %, $p = 0,0003$).

Lors de l'étude CARE (Cholesterol and Recurrent Events), on a évalué l'effet d'une dose unique quotidienne de pravastatine sodique à 40 mg sur les taux de décès par coronaropathie et d'IM d'issue non fatale chez 4159 hommes et femmes présentant des taux normaux de cholestérol sérique (taux moyen initial de C-total = 209 mg/dL [5,4 mmol/L]) et ayant subi un infarctus du myocarde au cours des 3 à 20 mois antérieurs. Au départ, 83 % des patients recevaient de l'aspirine, 55 % avaient subi un pontage aortocoronarien par greffe ou une angioplastie transluminale percutanée, 40 % recevaient un bêta-bloquant et 82 %, un antihypertenseur. La durée moyenne de participation à cette étude à double insu et contrôlée par placebo a été de 4,9 années. Le traitement par la pravastatine sodique a réduit significativement le taux d'épisode coronarien récurrent (décès par coronaropathie ou IM d'issue non fatale), soit de 24 % (274 patients [13,3 %] ont manifesté des épisodes dans le groupe sous placebo vs 212 patients [10,4 %] dans le groupe sous pravastatine sodique, $p = 0,003$). La réduction du risque pour ce point d'aboutissement combiné a été significative chez les hommes et les femmes. Chez les femmes, la réduction du risque a été de 43 % ($p = 0,033$). Le besoin de recourir à une intervention de revascularisation (pontage aortocoronarien par greffe ou angioplastie transluminale percutanée) a été significativement réduit de 27 % ($p < 0,001$) chez les patients traités par la pravastatine sodique (391 [19,6 %] vs 294 [14,2 %] patients). La pravastatine sodique a également réduit de façon significative le risque d'accident vasculaire cérébral, soit de 32 % ($p = 0,032$), et celui combiné d'AVC et d'AIT, soit de 26 % (124 [6,3 %] vs 93 [4,7 %] patients, $p = 0,025$).

Évolution de l'athérosclérose

Lors de deux études contrôlées [PLAC I et PLAC II] menées chez des patients souffrant d'hypercholestérolémie modérée et de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, la pravastatine s'est avérée efficace dans le ralentissement de l'évolution de l'athérosclérose, évalué par angiographie quantitative et par échographie bidimensionnelle. Cet effet peut s'accompagner d'une amélioration des points d'aboutissement coronariens (IM d'issue fatale ou non fatale). On n'a cependant noté aucune différence en ce qui a trait au taux global de mortalité durant les trois années de traitement à double insu.

Lors de l'étude multicentrique PLAC I (*Pravastatin Limitation of Atherosclerosis in the Coronary Artery*), à répartition aléatoire et contrôlée par placebo d'une durée de trois ans, menée chez 408 patients souffrant d'hypercholestérolémie modérée (taux initiaux de C-LDL se situant entre 3,37 et 4,92 mmol/L [130 et 190 mg/dL]) et de coronaropathie, le traitement par la pravastatine a ralenti le rétrécissement du diamètre de la lumière de l'artère coronaire, tel que mesuré par angiographie quantitative. Les analyses des épisodes cardiovasculaires cliniques ont montré que le traitement par la pravastatine a exercé un effet favorable sur les épisodes qui sont

survenus plus de 90 jours après la randomisation ainsi que sur les épisodes survenus dès la randomisation. Cet effet ne s'accompagnait pas d'une amélioration du taux global de mortalité. Dans le cadre de PLAC II (*Pravastatin Limitation of Atherosclerosis in the Carotids*), une étude contrôlée par placebo d'une durée de trois ans, menée chez 151 patients souffrant d'hypercholestérolémie modérée (taux initiaux de C-LDL se situant entre 3,76 et 4,92 mmol/L [145 et 190 mg/dL]) et d'athérosclérose des coronaires et des carotides, le traitement par la pravastatine a ralenti de façon significative sur le plan statistique l'évolution de l'athérosclérose dans la carotide commune, telle que mesurée par échographie bidimensionnelle. Cependant, le ralentissement de l'évolution de l'épaisseur maximale moyenne de l'intima-média par la pravastatine n'a pas été significatif sur le plan statistique. On a noté une diminution de l'incidence des épisodes coronariens dont la signification statistique est limitée. On n'a observé aucune différence sur le plan du taux global de mortalité pendant les trois années de l'étude à double insu.

Grefte d'organes

On n'a observé aucun cas de myopathie, lors d'études cliniques portant sur un total de 100 patients ayant subi une greffe (76 greffes du cœur et 24 greffes du rein) et traités pendant deux ans simultanément par la pravastatine (de 10 à 40 mg) et la cyclosporine, dont certains recevaient également d'autres immunosuppresseurs. De plus, lors d'études cliniques chez de petits groupes de patients traités par la pravastatine avec de la niacine, aucun cas de myopathie n'a été signalé.

PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE

Inhibition cellulaire/tissulaire sélective de la synthèse du cholestérol

Les études *in vitro*, menées chez des animaux, ont montré que la pravastatine, inhibiteur hydrophile de l'HMG Co-A réductase, exerce un effet tissulaire sélectif. De ce fait, son effet inhibiteur est le plus élevé dans les tissus où la synthèse du cholestérol est la plus importante, tels les tissus hépatiques et iléaux.

La pravastatine sodique a fortement inhibé l'incorporation du ^{14}C dans le cholestérol, dans les suspensions d'hépatocytes de rat fraîchement isolés et dans les cultures d'un jour d'hépatocytes de rat. Dans les cultures de fibroblastes de peau humaine et dans d'autres types de cellules non hépatiques, l'effet inhibiteur de la pravastatine sur la synthèse du cholestérol a été 400 fois moindre que dans les cultures d'hépatocytes.

On a également observé que l'accumulation de la pravastatine marquée au ^{14}C variait dans les hépatocytes en fonction des taux et du temps et qu'elle était à peine perceptible dans les fibroblastes.

Chez des rats qui avaient reçu des doses orales de pravastatine sodique, la synthèse du cholestérol a été inhibée à plus de 90 % dans les coupes de tissus prélevés du foie et de l'iléon. Par contre, elle a été beaucoup plus faible sinon imperceptible dans d'autres tissus, comme ceux prélevés sur la prostate, les testicules et les surrénales.

Dans le cristallin intact du rat, l'effet inhibiteur de la pravastatine sodique sur la synthèse du cholestérol a été dix fois moins élevé que dans le foie de ces mêmes animaux. L'effet inhibiteur de la pravastatine sodique sur la synthèse des stérols dans les couches épithéliales du cristallin des souris et des lapins a été de 400 à 1 500 fois inférieur à celui produit dans les hépatocytes du rat.

Inhibition spécifique de l'HMG Co-A réductase

À des taux de pravastatine sodique au moins 20 fois supérieurs à ceux qui avaient inhibé l'incorporation de l'acétate marqué au ^{14}C dans le cholestérol, l'incorporation dans les hépatocytes, les fibroblastes ou les cellules glucidiques du mévalonate marqué au ^{14}C , produit de la transformation de l'HMG Co-A réductase en stérols, n'a pas été affectée.

À des taux 500 fois supérieurs à ceux qui ont inhibé l'incorporation de l'acétate dans le cholestérol, la pravastatine sodique n'a pas altéré la vitesse d'incorporation de l'acétate marqué au ^{14}C dans les phospholipides totaux des hépatocytes ni la répartition du radio-isotope dans les diverses classes de phospholipides. La pravastatine sodique n'a pas réduit la vitesse d'incorporation de l'acétate marqué au ^{14}C dans les triglycérides. Ces résultats ont montré que la pravastatine n'agit pas par la voie stérolique à aucune étape au-delà de la synthèse du mévalonate ni n'inhibe les enzymes nécessaires à la biosynthèse des deux autres classes importantes de lipides.

L'effet inhibiteur de la pravastatine sur l'enzyme HMG Co-A réductase a été 10^6 fois supérieur à son effet sur l'HMG Co-A lyase. Le site actif de cette enzyme, qui utilise également l'HMG Co-A comme substrat, ne réagit pas à la pravastatine.

Pharmacologie générale

On a évalué, chez les animaux ou dans les cultures de tissus (*in vitro*), l'effet de la pravastatine sodique sur les principaux systèmes physiologiques et sur les tissus isolés ainsi que ses effets agonistes et antagonistes sur les principaux neurotransmetteurs humoraux ou sur l'histamine, ses effets sur le comportement, le seuil des convulsions et les effets spécifiques aux tissus ou à l'activité. Exception faite d'une inhibition modérée de la sécrétion gastrique à une dose de 300 mg/kg, observée chez les rats, la pravastatine sodique n'a présenté aucun effet lors de ces analyses pharmacologiques, à des doses allant jusqu'à 1000 mg/kg chez certaines espèces.

Pharmacocinétique

Les études menées chez des rats, des chiens et l'humain ont montré que la biodisponibilité de la pravastatine sodique administrée par voie orale est faible à cause d'une forte extraction lors d'un premier passage hépatique. Par conséquent, la plus grande partie de la dose orale de pravastatine sodique est transportée directement au foie, siége principal de l'activité pharmacologique.

On a observé une faible fixation de la pravastatine aux protéines plasmatiques chez les rats, les chiens, les singes et l'humain. On a trouvé les taux les plus élevés de pravastatine marquée au ^{14}C dans les organes excréteurs et dans le tube digestif de quelques rats (N=3-5), d'un chien et d'un singe. Dans ces études, on a également observé des schémas métaboliques similaires et une excrétion fécale importante chez les rats, les chiens, les singes et l'humain.

Si on compare les chiens aux autres espèces à l'étude, incluant l'humain, leur cas est unique, puisque leur exposition systémique à la pravastatine est beaucoup plus grande. Les données pharmacocinétiques tirées d'une étude portant sur des chiens qui ont reçu une dose de 1,1 mg/kg (comparable à une dose de 40 mg chez l'humain) ont montré que l'élimination de la pravastatine est plus lente chez le chien que chez l'humain. Chez le chien, la biodisponibilité absolue de la pravastatine sodique est deux fois supérieure à celle observée chez l'humain et son extraction rénale et hépatique équivaut à environ 10 et 50 p. cent, respectivement, de celle chez l'humain. Lorsqu'on a comparé les taux plasmatiques ou sériques de la pravastatine chez le rat, le chien, le lapin, le singe et l'humain, on a observé, d'après le C_{max} et l'aire sous la courbe, qu'ils étaient nettement plus élevés chez le chien. L'aire moyenne sous la courbe chez l'humain à une dose thérapeutique de 40 mg est environ 100 fois inférieure à celle du chien à la dose sans effet de 12,5 mg/kg et environ 180 fois inférieure à celle du chien, à la dose-seuil qui a provoqué une hémorragie cérébrale, à savoir 25 mg/kg.

Transfert placentaire

On a décelé de faibles taux de radioactivité chez les fœtus des rats ayant reçu une dose orale de pravastatine sodique marquée avec un radio-isotope. On a également décelé une certaine quantité de pravastatine sodique dans le lait des rates.

TOXICOLOGIE

Toxicité aiguë

| Espèces | Sexe (N) | Voie d'administration | DL ₅₀ (mg/kg) |
|---------|----------|-----------------------|--------------------------|
| Souris | M (50) | orale | 10 590 |
| | F (50) | | 8 939 |
| Souris | M (50) | i.v. | 2 114 |
| | F (50) | | 2 011 |
| Souris | M (50) | s.c. | 2 975 |
| | F (50) | | 3 667 |
| Rat | M (20) | orale | > 12 000 |
| | F (20) | | > 12 000 |
| Rat | M (50) | i.v. | 443 |
| | F (50) | | 440 |
| Rat | M (50) | s.c. | 3 172 |
| | F (50) | | 4 455 |
| Chien | M (4) | orale | > 800 |

Les signes de toxicité chez la souris ont été les suivants : activité réduite, respiration irrégulière, ptose, larmolements, selles molles, diarrhée, abdomen taché d'urine, ataxie, rampement, perte du réflexe de redressement, hypothermie, incontinence urinaire, convulsion accompagnée d'horripilation et/ou prostration.

Chez le rat, les signes de toxicité ont été les suivants : selles molles, diarrhée, activité réduite, respiration irrégulière, dandinement, ataxie, perte du réflexe de redressement et/ou perte de poids.

Toxicité subaiguë et chronique

Le spectre d'effets produits par la pravastatine chez les souris, rats, lapins, chiens et singes, indiqué dans le tableau ci-dessous, n'est pas inattendu si l'on considère l'ampleur des doses employées et la forte activité de la pravastatine sur l'HMG Co-A réductase.

Organes-cibles observés dans les études menées sur les animaux

| Organe | Souris | Rat | Lapin | Chien | Singe |
|-----------------------------|--------|-----|-------|-------|-------|
| Foie, effet néoplasique | - | + | - | - | - |
| Foie, effet non néoplasique | + | + | + | - | + |
| Reins | - | - | + | - | + |
| Muscles squelettiques | - | + | + | - | - |
| Cerveau | - | - | - | + | - |

+ = Organe affecté d'une certaine façon par le médicament

- = Aucun effet observé dans cet organe chez ces espèces

À des doses calculées en mg/kg, les lapins semblent plus sensibles aux effets néphrotoxiques de la pravastatine sodique que les singes, la seule autre espèce présentant une toxicité rénale. On a observé chez les lapins un dysfonctionnement rénal et des effets hépatiques à des doses ≥ 25 mg/kg par jour. Chez les singes, l'hépatotoxicité et la néphrotoxicité sont survenues à des doses de 100 mg/kg par jour. La dose-seuil de toxicité rénale chez les lapins est 31 fois plus élevée que la dose maximale administrée chez l'humain.

Modifications indésirables importantes

| | Pravastatine | |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| | Dose toxique minimale (mg/kg/jour) | Dose sans effet (mg/kg/jour) |
| Souris | | |
| Nécrose des cellules hépatiques individuelles | 40 | 20 |
| Taux de transaminases sériques élevés | 20 | 10 |
| Rats | | |
| Tumeurs hépatiques | 100 | 40 |
| Foyers d'altération hépatocellulaire | 30 | 12 |
| Taux de transaminases sériques élevés | 100 | 50 |
| Myolyse des muscles squelettiques | 400 | 250 |
| Lapins | | |
| Mort | 400 | 100 |
| Nécrose hépatocellulaire | 100 | 25 |
| Dégénérescence des tubules rénaux | 25 | 6,25 |
| Myolyse musculosquelettique | 100 | 25 |
| Taux de transaminases sériques élevés | 100 | 25 |
| Chiens | | |
| | 25 | 12,5 |

| | | |
|---------------------------------------|-----|------|
| Mort Hémorragie cérébrale | 25 | 12,5 |
| Singes | | |
| Mort | 200 | 100 |
| Nécrose hépatocellulaire | 100 | 50 |
| Dégénérescence des tubules rénaux | 100 | 50 |
| Taux de transaminases sériques élevés | 100 | 50 |

On a tiré de ces études des résultats importants, tels que des degrés variés d'hépatotoxicité chez toutes les espèces analysées, une toxicité rénale chez les lapins et les singes, des lésions musculosquelettiques chez les lapins, des symptômes touchant le SNC et la mort attribuables à une hémorragie cérébrale chez les chiens ainsi qu'une incidence accrue des lésions hépatiques et des signes manifestes d'hépatocarcinome (à une dose de 100 mg/kg pour ces derniers) chez les rats traités pendant deux ans. Dans tous les cas, ces changements sont survenus seulement à des doses quotidiennes d'au moins 20 mg/kg (plus de 25 fois la dose maximale administrée chez l'humain).

Les résultats portant sur la toxicité chronique chez les chiens sont indiqués dans les pages suivantes.

| Espèce, souche | Sexe | Nbre/dose | Dose (mg/kg/jour) | Voie d'administration | Durée | Effets |
|---------------------------|--------|-----------|---|-----------------------|----------------|---|
| Toxicité subaiguë | | | | | | |
| Chien, Beagle | M F | 3 3 | 0, 12,5, 50 ou 200 | orale (capsule) | 5 semaines | <u>200 mg/kg</u> : Un chien mort et quatre sacrifiés entre le 11 ^e et le 22 ^e jour après l'apparition d'une ataxie et/ou de convulsions, d'une hypersalivation, d'une incontinence urinaire et/ou fécale. Lésions ecchymotiques (foyers hémorragiques) dans le cerveau. |
| Chien, Beagle | M F | 6 6 | 0 ou 100 (2 M, 2 F témoins) (4M, 4F traités) | orale (capsule) | 13 semaines | <u>100 mg/kg</u> : Une femelle morte (F) le 42 ^e jour; au préalable, diminution marquée de l'activité, salivation séreuse et vomissements. Diapédèse hémorragique et dégénérescence des cellules endothéliales des veinules chez une F et chez la femelle morte. |
| Toxicité chronique | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--------|--|---------------------------|-----------------|-------|--|
| Chien, Beagle | M F | 4M, 4F à 12,5 et à 25 6M, 6F à 0, 50 et 100) | 0, 12,5, 25, 50 ou 100 | orale (capsule) | 2 ans | <p><u>25 mg/kg</u> : Deux F sacrifiées au cours de la 60^e et de la 61^e semaine. L'une présentait des lésions découlant d'une coagulopathie idiopathique, l'autre des signes cliniques de toxicité du SNC (avant la mort) et des lésions cérébrales².</p> <p><u>50 mg/kg</u> : Tous les chiens montraient des signes cliniques de toxicité du SNC; 5 chiens sur 6 présentaient des lésions cérébrales².</p> <p><u>100 mg/kg</u> : Trois M et 5 F sont morts ou ont été sacrifiés entre la 2^e et la 24^e semaine. Un M est mort au cours de la 76^e semaine. Tous les chiens ont manifesté des signes cliniques de toxicité du SNC avant leur mort. Neuf chiens sur neuf présentaient des lésions cérébrales.</p> |
|------------------|--------|--|---------------------------|-----------------|-------|--|

² Les lésions cérébrales (principalement dans les lobes piriformes) étaient caractérisées par des hémorragies discrètes, à foyers multiples, dans les veinules et les capillaires périvasculaires. Dans les cas de lésions plus graves, on a noté un nombre accru de foyers hémorragiques périvasculaires associés à une dégénérescence précoce des neutrophiles incluant la vacuolisation, l'œdème et l'infiltration légère des neutrophiles. Des éléments vasculaires plus grands n'ont pas été atteints. D'après les études de microscopie électronique et classique, on n'a observé aucun changement des cellules endothéliales vasculaires.

Toxicité chronique

Chez le chien, la pravastatine sodique a entraîné des effets toxiques à des doses élevées et une hémorragie cérébrale avec des signes cliniques de toxicité aiguë du SNC (par exemple, ataxie, convulsions). On a démontré clairement qu'il existait une relation dose-effet pour l'incidence des effets toxiques sur le SNC. Chez le chien, la dose-seuil toxique pour le SNC est de 25 mg/kg. La forte exposition systémique à une dose orale de pravastatine, chez le chien, (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE) pourrait être reliée à une plus grande biodisponibilité et à une élimination plus lente de la pravastatine et elle pourrait jouer un rôle important dans l'apparition des lésions du SNC observées chez cet animal.

À ce jour, on n'a observé aucune hémorragie cérébrale chez les autres espèces étudiées en laboratoire. Les effets toxiques sur le SNC observés chez le chien pourraient représenter une caractéristique propre à l'espèce.

Reproduction et tératologie

Mise à part une légère toxicité maternelle, observée chez les lapines, à une dose de 50 mg/kg, et chez les rates, à une dose de 1000 mg/kg, on n'a noté aucun effet relié au traitement.

Chez le lapin et le rat, respectivement, à des doses 60 et 600 fois supérieures à la dose maximale administrée chez l'humain, la pravastatine sodique n'a exercé aucun effet nocif sur la reproduction lors de l'examen des rats de la génération F₁ et elle n'a causé aucune anomalie fœtale ou anatomique chez les lapins de la génération F₁ et chez les rats de la génération F₂.

Carcinogénèse et mutagenèse

Chez les souris et les rats, respectivement, traités pendant 21 mois avec des doses orales environ 12 et 25 fois supérieures à la dose maximale administrée chez l'humain (à savoir 20 mg/kg par jour et 40 mg/kg par jour), la pravastatine sodique n'a pas été carcinogène. Chez ces mêmes espèces, on a administré pendant 86 et 104 semaines, respectivement, des doses orales environ 60 fois supérieures à la dose maximale administrée chez l'humain (à savoir 100 mg/kg par jour); on a observé des augmentations significatives sur le plan statistique de l'incidence des carcinomes hépatocellulaires, chez les rats mâles seulement.

Lors des tests de mutagenèse *in vivo* où on a administré par voie intrapéritonéale des doses maximales de 1400 mg/kg et des tests *in vitro* où on a utilisé des taux maximaux de 10 000 µg par ml ou par plaque, on a constaté que la pravastatine sodique ne possédait aucun pouvoir mutagène.

Par ailleurs, la pravastatine n'est pas génotoxique.

RÉFÉRENCES

1. Brown W.V., Goldberg I.J., Ginsberg H.N.
Treatment of Common Lipoprotein Disorders
Prog Cardiovasc Dis 27 (1): 1-20, 1984
2. Byington R.P., Jukema J.W., Salonen J.T., Pitt B., Bruschke A.V., Hoen H., Furberg C.D., Mancini J.
Reduction in cardiovascular events during pravastatin therapy. Pooled analysis of clinical events of the pravastatin atherosclerosis intervention program.
Circulation 92: 2419 - 2425, 1995
3. Crouse J.R. et al.
Pravastatin, Lipids and Atherosclerosis in the Carotid Arteries (PLAC II)
Am J Cardiol 75: 455-459, 1995
4. Crouse J.R., Byington R.P., Bond M.G., Espeland M.A., Sprinkle J.W., McGovern M., Furberg C.D.
Pravastatin, Lipids and Atherosclerosis in the Carotid Arteries: Design Features of a Clinical Trial with Carotid Atherosclerosis Outcome
Controlled Clinical Trials 13: 495-506, 1992
5. Decoux E., Millaire A., DeGroot P., Mahieux G., Ducloux G.
Rhabdomyolysis Due to Pravastatin and Type I Macrocreatine Kinase
Ann. Cardiol. Angeiol. 42(5): 267-269, 1993
6. Dobs A.S., Sarma P.S., Schteingart D.
Long-Term Endocrine Function in Hypercholesterolemic Patients Treated With Pravastatin, a New 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl Coenzyme A Reductase Inhibitor
Metabolism 42: 1146-1152, 1993
7. East C, Bilheimer DW, Grundy SM.
Combination Drug Therapy for Familial Combined Hyperlipidemia
Ann Int. Med 109(1):25-32, 1988
8. Edelman S., Witztum J.L.
Hyperkalemia during treatment with HMG Co-A reductase inhibitor
New Eng J Med 320: 1219, 1989
9. Endo A.
Compactin (ML-236B) and Related Compounds as Potential Cholesterol-Lowering Agents that Inhibit HMG Co-A Reductase
J Med Chem 28 (4): 401-405, 1985
10. Eptastatin Sodium

Drugs Future 12 (5): 437-442, 1987

11. Folkers K., Langsjoen P., Willis R., Richardson P., Xia L.J., Ye C.Q., Tamagawa H.
Lovastatin decreases coenzyme Q levels in humans.
Proc. nat. Acad. Sci. 87(22): 8931-8934, 1990
12. Furberg C.D. et al.
Pravastatin, Lipids and Major Coronary Events
Am J Cardiol 73: 1133-1134, 1994
13. Ghirlanda G., Oradei A., Manto A., Lippa S., Liccioli L., et al.
Evidence of Plasma CoQ10 Lowering Effect by HMG CoA Reductase Inhibitor. Double- Blind
Placebo Control Study
J Clin Pharmacol 33: 226-229, 1993
14. Goto Y.
The Profile of an HMG Co-A Reductase Inhibitor, CS-514 (SQ 31,000) In: Drugs Affecting
Lipid Metabolism; R. Paoletti et al (eds)
Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp 247-250, 1987
15. Grundy S.M.
HMG Co-A Reductase Inhibitors for Treatment of Hypercholesterolemia
New Eng J Med 319 (1): 24-33, 1988
16. Halkin A.
HMG Co-A Reductase Inhibitor-Induced Impotence
Ann Pharmacother 30:192, 1996
17. Hoeg J.M., Brewer H.B.
3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-Coenzyme A Reductase Inhibitors in the Treatment of
Hypercholesterolemia
JAMA 258 (24): 3532-3536, 1987
18. Hunninghake D.B., Stein E.A., Mellies M.J.
Effects of One Year Treatment with Pravastatin, an HMG Co-A Reductase Inhibitor, on
Lipoprotein A
J Clin Pharmacol 33: 574-580, 1993
19. Hunninghake D.B., Goldberg A.C., Insull W., Juo P., Mellies M., Pan H.Y.
Pravastatin: A Tissue-Selective Once Daily HMG Co-A Reductase Inhibitor in the Treatment of
Primary Hypercholesterolemia
J Am Coll Cardiol 11 (2) (Suppl. A): 8A, 1988
20. Illingworth D.R. Drug Therapy in Heterozygous Familial Hypercholesterolemia Am. J. Cardiol.
1993; 72: 54D - 58D

21. Kazumi T., Yoshino G., Kasama T., Iwatani I., Iwai M., Morita S., Baba S.
Effects of CS-514, a New Inhibitor of HMG Co-A Reductase, on Plasma Lipids, Lipoproteins and Apoproteins in Patients with Primary Hypercholesterolemia
Horm Metabol Res 18: 654-655, 1986
22. Kliem V., Wanner C., Eisenhauer T., Obricht C.J., Doll R., Boddaert M., O'Grady P., Krekler M., Mangold B., Christians U.
Comparison of Pravastatin and lovastatin in renal transplant patients receiving cyclosporin.
Transplant Proc. 28(6): 3126-3128, 1996
23. Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results: I. Reduction in Incidence of Coronary Heart Disease. II. The Relationship of Reduction in Incidence of Coronary Heart Disease to Cholesterol Lowering
JAMA 251: 351-374, 1984
24. Mabuchi H., Takeda R.
Inhibitors of 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl Coenzyme A Reductase: Compactin and its Analogues
In: *Pharmacological Control of Hyperlipidemia: Proceedings of an International Telesymposium on Hyperlipidaemia.* J.R. Prous Science Publishers; Barcelona, Spain, pp 251-266, 1986
25. Mabuchi H., Kamon N., Fujita H., Michishita I., Takeda M., Kojinami K., Hoh H., Wakasugi T., Takeda R.
Effects of CS-514 on Serum Lipoprotein Lipid and Apolipoprotein Levels in Patients with Familial Hypercholesterolemia
Metabolism 36 (5): 475-479, 1987
26. Mabuchi H., Kamon N., Fujita H., Michishita I., Takeda M., Kojinami K., Itoh H., Wakasugi T., Takeda R.
Long-Term Effects of CS-514 on Serum Lipoprotein Lipid and Apolipoprotein Levels in Patients with Familial Hypercholesterolemia
In: *Drugs Affecting Lipid Metabolism*; R. Paoletti et al (eds)
Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp 261-268, 1987
27. Mabuchi H., Fujita H., Michishita I. et al
Effects of CS-514 (eptastatin), an Inhibitor of 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-Coenzyme A-(HMG Co-A) Reductase, on Serum Lipid and Apolipoprotein Levels in Heterozygous Familial Hypercholesterolemia Patients Treated by Low Density Lipoprotein (LDL)-Apheresis
Atherosclerosis 72: 183-188, 1988
28. Mellies M.J., DeVault A.R., Kassler-Taub K., McGovern M.E., Pan H.Y.
Pravastatin Experience in Elderly and Non-Elderly Patients
Atherosclerosis 101: 97-110, 1993
29. Mishkel M.

Drug Treatment of Hypercholesterolemia
Drug Protocol 3 (1): 9-17, 1988

30. Nakaya N., Homma Y., Tamachi H., Goto Y.
The Effect of CS-514, an Inhibitor of HMG Co-A Reductase, on Serum Lipids on Healthy Volunteers
Atherosclerosis 61: 125-128, 1986
31. Nakaya N., Homma Y., Tamachi H., Shigematsu H., Hata Y., Goto Y.
The Effect of CS-514 on Serum Lipids and Apolipoproteins in Hypercholesterolemic Subjects
JAMA 257 (22): 3088-3093, 1987
32. Nakaya N. and Goto Y.
Effect of CS-514 on Hypercholesterolemic Patients
In: *Drugs Affecting Lipid Metabolism*; R. Paoletti et al (eds)
Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp 274-277, 1987
33. Pan H.Y., Willard D.A., Funke P.T., McKinstry D.
The Clinical Pharmacology of SQ 31,000 (CS-514) in Healthy Subjects
In: *Drugs Affecting Lipid Metabolism*; R. Paoletti et al (eds)
Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp 255-259, 1987
34. Perault M.C., Ladouch-Bures L., Dejean C., Delauney C., Pouget Abadie J.F., Vandel B.
Rhabdomyolyse associée à la prise de pravastatine (Vasten)
Thérapie 48: 483-501, 1993
35. Saku K. et al
Long-Term Effects of CS-514 (HMG Co-A Reductase Inhibitor) on Serum Lipids, Lipoproteins, and Apolipoproteins in Patients with Hypercholesterolemia
Curr Ther Res 42 (3): 491-500, 1987
36. Saito Y., Goto Y., Nakaya N. et al
Dose-Dependent Hypolipidemic Effect of an Inhibitor of HMG Co-A Reductase, Pravastatin (CS-514) in Hypercholesterolemic Subjects. A Double-Blind Test
Atherosclerosis 7: 205-211, 1988
37. Scanu A.M.
Lipoprotein(a) as a Cardiovascular Risk Factor
Trends Cardiovasc Med 1: 294-299, 1991
38. Shephard J., Cobbe S.M., Ford I., Isles C.G., Lorimer A.R., Macfarlane P.W., McKillop J.H., Packard C.J.
Prevention of Coronary Heart Disease Using Pravastatin in Hypercholesterolemic Men
NEJM 333(20): 1301 - 1307, 1995
39. Smith G.D., Song F., Sheldon T.A.

Cholesterol Lowering and Mortality: The Importance of Considering Initial Level of Risk
Br Med J 306: 1367-1371, 1993

40. Stein E.A.
Treatment of Familial Hypercholesterolemia with Drugs in Children
Arteriosclerosis Suppl. I, 9: I-145 - I-151, 1989
41. Tobert J.A.
New Developments in Lipid-Lowering Therapy: The Role of Inhibitors of
Hydroxymethylglutaryl-Coenzyme A Reductase
Circulation 76 (3): 534-538, 1987
42. Tsujita Y., Kuroda M., Shimada Y., Tanzawa K., Arai M., Kaneko I., Tanaka M., Masuda H.,
Tarumi C., Watanabe Y., Fujii S.
CS-514, a Competitive Inhibitor of 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl Coenzyme A Reductase:
Tissue-Selective Inhibition of Sterol Synthesis and Hypolipidemic Effect on Various Animal
Species
Biochim Biophys Acta 877: 50-60, 1986
43. The West of Scotland Coronary Prevention Study Group
A Coronary Primary Prevention Study of Scottish Men Aged 45-55 Years: Trial Design
J Clin Epidemiol 45, No. 8, 849-860, 1992
44. The WOSCOPS Study Group
Screening Experience and Baseline Characteristics in the West of Scotland Coronary Prevention
Study
Am J Cardiol 76: 485-491, 1995
45. Yamamoto A., Yokoyama S., Yamamura T.
Combined Drug Treatment and Plasmapheresis for Familial Hypercholesterolemia
In: Pharmacological Control of Hyperlipidemia: Proceedings of an International
Telesymposium on Hyperlipidaemia. J.R. Prous Science Publishers; Barcelona, Spain, pp 333-
342, 1986
46. Yamamoto A., Yokoyama S., Yamamura T.
Intensive Drug Treatment for Familial Hypercholesterolemia
In: Drugs Affecting Lipid Metabolism; R. Paoletti et al (eds)
Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp 269-273, 1987
47. Yoshimura N., Takahiro O. et al
The Effects of Pravastatin on Hyperlipidemia in Renal Transplant Recipients
Transplantation 53: 94-99, 1992
48. Yoshino G., Kazumi T., Iwai M., Kasama T., Iwatani I., Matsuba K., Inui A., Venoyama R.,
Yokono K., Otsuki M., Baba S.

CS-514 Suppresses Plasma Triglyceride in Hypertriglyceridemic Subjects Without Modifying a Lipoprotein Structural Model
Horm Metabol Res 19: 513-514, 1987

49. Yoshino G., Kazumi T., Iwai M., Iwatani I., Matsuba K., Kasama T., Matsushita M., Otsuki M., Baba S.
Effects of CS-514 on Plasma Lipids and Lipoprotein Composition in Hypercholesterolemic Subjects
Atherosclerosis 71: 95-101, 1986.
50. Monographie de produit de PRAVACHOL par Bristol-Myers Squibb Canada, Canada. Date de révision : 20 mars 2017.

PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR

^{Pr}TEVA-PRAVASTATIN pravastatine sodique

Le présent dépliant constitue la troisième et dernière partie d'une « monographie de produit » publiée à la suite de l'approbation de la vente au Canada de TEVA-PRAVASTATIN et s'adresse tout particulièrement aux consommateurs. Le présent dépliant n'est qu'un résumé et ne donne donc pas tous les renseignements pertinents au sujet de TEVA-PRAVASTATIN. Pour toute question au sujet de ce médicament, communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien.

AU SUJET DE CE MÉDICAMENT

Les raisons d'utiliser ce médicament :

Vous ne pouvez vous procurer TEVA-PRAVASTATIN que sur ordonnance du médecin. Ce médicament est un adjuvant au régime alimentaire que votre médecin vous a recommandé et qu'il surveille attentivement, pour le traitement prolongé de l'hypercholestérolémie. Il vous a été prescrit en plus du régime alimentaire et non en remplacement de celui-ci. Ce médicament abaisse efficacement le risque de subir une première ou une deuxième crise cardiaque, ou un accident vasculaire cérébral (AVC). Il pourrait ainsi prévenir les maladies cardiaques attribuables à l'obstruction des vaisseaux sanguins par le cholestérol, ou ralentir la progression de l'athérosclérose (durcissement) dans les artères qui irriguent le cœur, affection connue sous le nom de maladie coronarienne. De plus, selon votre état, votre médecin vous recommandera peut-être de faire des exercices physiques, de contrôler votre poids, ainsi que d'autres mesures.

Les effets de ce médicament :

TEVA-PRAVASTATIN diminue les taux sanguins de cholestérol et particulièrement ceux du cholestérol lié aux lipoprotéines de basse densité (LDL). TEVA-PRAVASTATIN réduit la production de cholestérol par le foie et entraîne certaines modifications dans le transport et la répartition du cholestérol dans le sang et les tissus.

Les circonstances où il est déconseillé d'utiliser ce médicament :

Ne prenez pas TEVA-PRAVASTATIN si l'une des situations suivantes s'applique à vous.

- Vous êtes enceinte, car son utilisation pourrait nuire au fœtus. Seules les patientes chez lesquelles l'éventualité d'une grossesse est extrêmement faible peuvent prendre TEVA-PRAVASTATIN. En cas de grossesse en cours de traitement par TEVA-PRAVASTATIN, il faut en interrompre l'administration et en informer le médecin;
- Vous êtes allergique à la pravastatine, ou à l'un ou l'autre des ingrédients de ce médicament;

- Vous avez une maladie du foie;
- Vous avez moins de 18 ans. L'innocuité de la pravastatine sodique n'a pas été établie chez ces patients.

L'ingrédient médicamenteux est :

La pravastatine sodique.

Les ingrédients non médicinaux sont :

Les comprimés TEVA-PRAVASTATIN renferment également les ingrédients suivants : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, crospovidone, lactose anhydre, phosphate de calcium dibasique anhydre, polyvidone, stéarylfumarate de sodium, AD&C bleu n° 1 (11 à 13 % sur substrat d'aluminium), D&C jaune n° 10 (18 à 24 % sur substrat d'aluminium) (comprimés à 40 mg), oxyde de fer jaune (comprimés à 20 mg), oxyde de fer rouge (comprimé à 10 mg).

Les formes pharmaceutiques sont :

Les comprimés sont offerts en trois teneurs : 10 mg, 20 mg et 40 mg.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Prenez TEVA-PRAVASTATIN en suivant à la lettre les directives de votre médecin. Ne modifiez pas la posologie ou ne cessez pas la prise de ce médicament sans consulter le médecin afin d'éviter le risque d'élévation des taux de lipides dans le sang.

Avant de prendre TEVA-PRAVASTATIN, mentionnez à votre médecin ou à votre pharmacien si l'un ou l'autre des énoncés suivants vous concernent :

- Vous allaitez ou avez l'intention de le faire.
- Vous êtes atteint d'un trouble de la glande thyroïde.
- Vous avez des antécédents familiaux de troubles musculaires.
- Vous avez déjà souffert de troubles musculaires (douleur, sensibilité) à la suite de l'utilisation d'un inhibiteur de l'HMG Co-A réductase (ces agents du nom de *statine*, comme l'atorvastatine [Lipitor[®]]³, la fluvastatine [Lescol[®]]⁴, la lovastatine [Mevacor[®]]⁵, la pravastatine [Pravachol[®]], la rosuvastatine [Crestor[®]]⁶ ou la simvastatine [Zocor[®]]⁵) ou y êtes devenu allergique ou intolérant.
- Vous avez une maladie du foie ou du rein.
- Vous faites du diabète.
- Vous avez subi une lésion tissulaire ou une opération chirurgicale.
- Vous pratiquez une activité physique très intense.
- Vous souffrez d'alcoolisme.
- Vous avez 65 ans ou plus.

Grossesse

Avant de prendre ce médicament, vous devriez discuter avec votre médecin des points suivants :

³ Lipitor[®] est une marque déposée de Pfizer Ireland Pharmaceuticals.

⁴ Lescol[®] est une marque déposée de Sandoz Canada Inc.

⁵ Mevacor[®] et Zocor[®] sont des marques déposées de Merck & Co., Inc.

⁶ Crestor[®] est une marque déposée de IPR Pharmaceuticals Inc.

- Les composés du cholestérol sont des éléments essentiels au développement du fœtus.
- Les hypocholestérolémiants peuvent être nocifs pour le fœtus. Si vous êtes une femme en âge de procréer, discutez avec votre médecin des risques possibles pour le fœtus et de l'importance d'utiliser des méthodes de contraception adéquates.
- TEVA-PRAVASTATIN ne devrait pas être administré à des femmes enceintes. Si vous devenez enceinte, cessez immédiatement de prendre TEVA-PRAVASTATIN et parlez-en à votre médecin.

Une légère augmentation de la glycémie peut survenir pendant le traitement par un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (« statine »). Discutez avec votre médecin à propos du risque de diabète.

INTERACTIONS AVEC CE MÉDICAMENT

Comme tout médicament, TEVA-PRAVASTATIN peut interagir avec d'autres agents. Si vous prenez déjà d'autres médicaments, mentionnez-le à votre médecin ou à votre pharmacien, qu'il s'agisse de produits en vente libre ou non, ou encore de produits à base d'herbes médicinales et les suppléments.

Vous devriez également informer votre médecin si vous prenez d'autres hypocholestérolémiants tels que des fibrates (gemfibrozil, fénofibrate), la niacine ou l'ézétimibe. Si vous prenez ces médicaments et TEVA-PRAVASTATIN en même temps, vous pourriez vous exposer à un risque accru de myopathie (maladie musculaire s'accompagnant de douleurs et de faiblesse).

Si vous prenez une résine hypocholestérolémiante (tels la cholestyramine ou le colestipol), le médecin vous recommandera de prendre TEVA-PRAVASTATIN au moins une heure avant ou quatre heures après la prise de la résine. Si vous prenez ces médicaments en même temps, la quantité de TEVA-PRAVASTATIN dans votre sang sera moindre, ce qui réduit son efficacité.

Si vous prenez de la cyclosporine, le médecin devra probablement adapter la dose de TEVA-PRAVASTATIN.

Il se peut, si vous prenez certains antibiotiques (comme l'azithromycine ou la clarithromycine) pour traiter une infection, que le médecin doive ajuster votre dose de TEVA-PRAVASTATIN.

Vous devriez éviter de boire des quantités excessives d'alcool pendant votre traitement par TEVA-PRAVASTATIN. Si vous buvez régulièrement *trois verres ou plus* de boissons alcoolisées par jour, vous devriez en informer votre médecin.

UTILISATION APPROPRIÉE DE CE MÉDICAMENT

- Ne changez pas la dose de votre médicament à moins que le médecin vous l'ait indiqué.

- Il faut prendre TEVA-PRAVASTATIN en une seule fois au coucher, comme votre médecin vous l'a prescrit.
- Votre médecin surveillera à des intervalles réguliers votre état clinique et les résultats des prises de sang et des examens oculaires périodiques. Il est important de vous soumettre à ces examens au moment prévu. Veuillez donc respecter le calendrier de vos rendez-vous.
- Signalez à votre médecin toute maladie qui pourrait se manifester au cours de votre traitement par TEVA-PRAVASTATIN ainsi que le nom de tous les médicaments d'ordonnance ou en vente libre que vous prenez. Si vous avez besoin de consulter un autre médecin pour une quelconque raison, veuillez le prévenir que vous prenez TEVA-PRAVASTATIN.
- Prévenez votre médecin si vous devez vous soumettre à une intervention chirurgicale importante ou si vous avez été victime d'un accident grave.
- Signalez à votre médecin toute douleur, sensibilité ou faiblesse musculaires qui pourrait se manifester au cours du traitement par TEVA-PRAVASTATIN (voir PROCÉDURES À SUIVRE EN CE QUI CONCERNE LES EFFETS SECONDAIRES).

Dose habituelle pour les adultes :

La dose initiale recommandée de TEVA-PRAVASTATIN est de 20 mg, une fois par jour, au coucher. Chez les patients ayant besoin d'une forte réduction du taux de cholestérol, le traitement peut commencer par une dose de 40 mg, une fois par jour. L'administration de la dose maximale de 80 mg, une fois par jour, doit être réservée dans les cas où on n'a pas atteint la cible thérapeutique souhaitable à des doses plus faibles. On peut prendre TEVA-PRAVASTATIN sans égard aux repas.

Surdosage :

Si vous pensez avoir pris une trop grande quantité de TEVA-PRAVASTATIN, communiquez immédiatement avec votre médecin, votre pharmacien, le service des urgences d'un hôpital ou le centre antipoison de votre région, même si vous n'avez aucun symptôme.

PROCÉDURES À SUIVRE EN CE QUI CONCERNE LES EFFETS SECONDAIRES

Les manifestations suivantes sont quelques-uns des effets secondaires possibles :

- douleur abdominale, constipation, diarrhée, nausées, indigestion
- maux de tête, étourdissements
- éruptions cutanées
- toux persistante
- troubles du sommeil, insomnie, cauchemars
- problèmes sexuels
- dépression, anxiété, nervosité

Effets musculaires

On a signalé des effets secondaires tels que des douleurs musculaires, des troubles musculaires accompagnés de douleurs ou de faiblesse, la rhabdomyolyse (atrophie musculaire), une

sensibilité qui y est associée et de rares cas de rhabdomyolyse menant à l'insuffisance rénale lors de la prise d'autres médicaments de cette classe, connus sous le nom d'inhibiteurs de l'HMG Co-A réductase (« statines »), incluant TEVA-PRAVASTATIN.

Étant donné que ces troubles musculaires sont, dans de rares cas, graves, vous devriez appeler votre médecin si vous manifestez l'un des symptômes paraissant au tableau ci-dessous.

La pravastatine sodique peut aussi causer des anomalies des résultats des analyses sanguines. Votre médecin décidera du moment d'effectuer les analyses sanguines et interprétera leurs résultats.

| EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCE ET PROCÉDURES À SUIVRE | | | |
|--|---|-------------------|---|
| Symptôme / effet | Consultez votre médecin ou votre pharmacien | | Cessez de prendre le médicament et obtenez des soins médicaux d'urgence |
| | Dans les cas graves seulement | Dans tous les cas | |
| Rares | - douleurs musculaires que vous ne pouvez expliquer | √ | |
| | - sensibilité, faiblesse ou crampes musculaires | √ | |
| | - faiblesse généralisée, particulièrement si vous ne vous sentez pas bien (c'est-à-dire, présence de fièvre ou de fatigue) | √ | |
| | - Urine brunâtre ou de couleur anormale | √ | |
| | - Troubles du foie (douleur abdominale haute, urines foncées, démangeaisons, nausées ou vomissements, perte d'appétit, selles pâles jaunissement de votre peau ou du blanc de vos yeux) | | √ |
| | - Toux et/ou essoufflement | √ | |

| EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCE ET PROCÉDURES À SUIVRE | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| Symptôme / effet | Consultez votre médecin ou votre pharmacien | | Cessez de prendre le médicament |
| | - Grave réaction cutanée accompagnée de fièvre, de douleur dans la bouche ou dans la gorge, de cloques et/ou de desquamation de la peau ou des muqueuses | | √ |
| Peu fréquent | - Réaction allergique : éruption cutanée, urticaire, enflure du visage, des lèvres, de la langue ou de la gorge, difficulté à avaler ou à respirer | | √ |
| | | - Troubles de mémoire : mauvaise mémoire, oublis, confusion, perte de mémoire | √ |
| Fréquent | - Troubles visuels, vue brouillée | | √ |
| Fréquence inconnue | - Augmentation de la glycémie : mictions fréquentes, soif et faim | | √ |
| | - Douleur thoracique | | √ |

Cette liste d'effets secondaires n'est pas exhaustive. Pour tout effet inattendu ressenti lors de la prise de TEVA-PRAVASTATIN, veuillez communiquer avec votre médecin ou votre pharmacien.

COMMENT CONSERVER LE MÉDICAMENT

Conservez TEVA-PRAVASTATIN entre 15 °C et 30 °C, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Déclaration des effets secondaires

Vous pouvez déclarer les effets secondaires soupçonnés associés avec l'utilisation d'un produit de santé de l'une des deux façons suivantes :

- en visitant le site Web consacré à la déclaration des effets indésirables (<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/index-fra.php>) pour savoir comment faire une déclaration en ligne, par courrier ou par télécopieur; ou
- en composant sans frais le 1-866-234-2345.

REMARQUE : Consultez votre professionnel de la santé si vous avez besoin de renseignements sur le traitement des effets secondaires. Le programme Canada Vigilance ne donne pas de conseils médicaux.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

On peut se procurer le présent document et la monographie complète du produit, rédigée pour les professionnels de la santé, en communiquant avec Teva Canada Limitée de l'une des manières suivantes :

Téléphone : 1-800-268-4127, poste 3

Courriel : druginfo@tevacanada.com

Télécopieur : 1-416-335-4472

Le présent dépliant a été rédigé par :

Teva Canada Limitée

30 Novopharm Court

Toronto (Ontario)

Canada M1B 2K9

Dernière révision : 11 mai 2017