

Le Pharmacien en néphrologie

Volume 14, numéro 2

Hiver 2011

Présidente:

Judith Marin, B. Pharm., M.Sc., PharmD Spécialiste en pharmacie clinique -Néphrologie Fraser Health Authority Renal Program Judith.Marin@fraserhealth.ca

Agente de liaison externe:

Marisa Battistella, B. Sc. Pharm., PharmD Pharmacienne clinicienne – Hémodialyse University Health Network Marisa.battistella@uhn.on.ca

Coordonnatrices de l'enseignement:

Jenny Ng, B. Sc. Pharm., ACPR Pharmacienne clinicienne – Néphrologie Sunnybrook Health Sciences Centre Jenny.ng@sunnybrook.ca

Judith Marin, B. Pharm., M. Sc., PharmD

Coordonnatrice des communications:

Amy Sood, B. Sc. Pharm., PharmD Coordonnatrice des soins pharmaceutiques Manitoba Renal Program asood@sbgh.mb.ca

Coordonnatrice du site

Elaine Cheng, B. Sc. Pharm., ACPR, PharmD Spécialiste en pharmacothérapie clinique – Néphrologie Vancouver General Hospital Elaine.Cheng@vch.ca

Secrétaire-trésorière:

Grace Leung, B. Sc. Pharm., PharmD York Central Hospital GLeung@yorkcentral.on.ca

Président désigné:

Robert Bell, B. Pharm., D.P.H. Hôpital Maisonneuve-Rosemont RBell.hmr@ssss.gouv.qc.ca

CHANGEMENT D'ADRESSE / DE COORDONNÉES

Veuillez informer la coordonnatrice du site Web de vos changements d'adresse et de numéro de téléphone à elaine.cheng@vch.ca. Nous nous efforçons de garder à jour la liste d'adresses de nos membres. Merci!

Mot de la présidente

L'année 2011 tire déjà à sa fin. Quelle année formidable ç'a été! Il y a tout d'abord eu la toute première Journée de formation du Réseau de pharmaciens en néphrologie (RPN) à Vancouver, au printemps. Une foule de sujets ont été abordés à cette occasion – la néphropathie chronique au stade de la prédialyse, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, entre autres – et nous avons eu des commentaires très positifs de la part des participants. Nul doute, l'événement a été couronné de succès! De plus, les membres du RPN ont eu la chance de participer au Congrès mondial en néphrologie et, par le fait même, de tirer parti d'occasions de réseautage exceptionnelles.

Par ailleurs, le comité exécutif du RPN a fait l'objet d'une certaine réorganisation cette année. Maintenant que chacun s'est familiarisé avec ses nouvelles fonctions, nous espérons que notre comité gagnera en efficacité et que de nouvelles possibilités se présenteront pour le RPN... gardez l'œil ouvert! Nous profitons d'ailleurs de l'occasion pour vous rappeler que nous sommes toujours à la recherche d'un nouveau président désigné pour 2012. Si vous souhaitez en savoir davantage sur le poste de président désigné du RPN, veuillez nous le faire savoir. Notre comité dynamique est toujours à la recherche de nouveaux membres aux idées novatrices.

Après un ralentissement de ses activités pendant l'été, le RPN a tenu trois soirées de formation cet automne à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver. Un résumé de chacune des présentations données dans le cadre de ces soirées figure dans le présent numéro du bulletin, et les diapositives pourront aussi être consultées sur le site du RPN. Dans ces pages, vous trouverez

VISITEZ NOTRE SITE WEB AU WWW.renalpharmacists.net

Mot de la présidente (suite)

également les résultats d'un sondage du RPN sur les pratiques de dispensation des agents stimulant l'érythropoïèse (ASE) et de l'information sur un nouvel algorithme de prise en charge de la douleur présenté sur le site Web de la British Columbia Provincial Renal Agency (BCPRA).

Parmi les autres nouveautés de l'année, mentionnons que notre bulletin est maintenant traduit en français. C'est grâce à l'appui d'Amgen que ce projet a pu se concrétiser. Nous espérons que la traduction sera utile aux pharmaciens francophones du Canada. N'hésitez pas à nous dire ce que vous en pensez.

Le comité du RPN se prépare déjà à la Journée de formation du RPN qui aura lieu à Toronto, en mars, et au Congrès de la Société canadienne de néphrologie (SCN) qui se tiendra à St. John's (Terre-Neuve-etLabrador), en avril. De plus amples renseignements sur ces événements seront communiqués à nos membres au début de l'année.

Enfin, je vous annonce que mon mandat de présidente du RPN touche à sa fin. Je remercie les membres du comité exécutif du RPN d'avoir collaboré à la réalisation de tous nos projets dans la dernière année. Je tiens également à souhaiter la bienvenue à mon collègue Robert Bell qui sera président du RPN en 2012. Bienvenue Robert!

Je vous souhaite à tous un temps des Fêtes inoubliable et une excellente année 2012. Soyez prudents!

Cordialement,

Judith Marin Présidente, RPN

Profil d'un membre

Robert Bell

Robert Bell est pharmacien au Département de pharmacie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal, où il est responsable de la planification et de la prestation des soins pharmaceutiques relatifs à l'hémodialyse, à la dialyse péritonéale et à la clinique de protection rénale. Il enseigne également aux des étudiants de deuxième année du programme de Pharm.D en pharmacie à l'Université de Montréal, ses cours portant sur la prise en charge de la néphropathie chronique, sur les accès vasculaires, les modalités de la dialyse et sur la dialysance des médicaments.

Robert est titulaire d'un baccalauréat en pharmacie de l'Université de Montréal obtenu en 1980. En 1981, il a poursuivi sa formation en pharmacie d'hôpital à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il a ensuite étudié en toxicologie au Département de santé environnementale et santé au travail de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Au cours des 30 dernières années, Robert a créé et mis en œuvre plusieurs services cliniques spécialisés en pharmacie d'hôpital, lesquels sont notamment axés sur la nutrition parentérale, l'oncologie, la recherche clinique et la néphrologie.

Robert est fondateur et vice-président du RPN au Québec, membre du comité exécutif de la Société québécoise de néphrologie et membre du comité scientifique du comité de coordination provincial P.R.E.V.E.N.I.R., programme de formation multidisciplinaire sur la prévention de la néphropathie chronique.

Robert sera président du RPN pour 2012.

Président désigné du RPN

Le RPN accepte les candidatures au poste de président désigné pour l'année 2012. Les responsabilités imputées à ce poste sont décrites ci-après. D'une durée de trois ans, le mandat est réparti comme suit : première année, président désigné; deuxième année, président; et troisième année, président sortant. Si ce poste vous intéresse ou si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements ou des clarifications sur le sujet, veuillez écrire à l'adresse renalpharmacistsnetwork@gmail.com.

Président désigné

- Mandat de un an
- Rôle de président l'année suivante
- Soutien au président dans l'exercice de ses responsabilités
- Remplacement du président en son absence
- Mise en œuvre des nouveaux projets

Résumé des activités de formation continue du RPN à l'automne 2011

Analyse comparative des pratiques de dialyse

Compte rendu soumis par Jenny Ng, B. Sc. Pharm., ACPR, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario)

Le 12 octobre, en soirée, le RPN a tenu une activité de formation continue à l'hôtel Westin Prince de Toronto. À cette occasion, les membres du RPN ont eu la chance d'assister à une présentation du Dr Matthew Oliver du Sunnybrook Health Sciences Centre sur l'analyse comparative des pratiques de dialyse. Comme le soulignait le Dr Oliver dans son exposé, il est important que les centres de dialyse s'emploient à fournir des soins d'une qualité optimale et veillent à ce qu'il y ait des moyens d'évaluer l'amélioration continue de ces soins. Le Dr Oliver a présenté les résultats d'analyses comparatives regroupant des données recueillies dans le cadre de quatre programmes de dialyse distincts, en expliquant comment ces données ont été utilisées par certains centres pour améliorer la qualité de leurs soins. Plus les centres de dialyse seront nombreux à procéder à l'analyse comparative des pratiques de dialyse à l'avenir, plus ces données seront abondantes et plus nous disposerons d'information sur ces pratiques.

En ce qui a trait à la mesure des données, le conférencier a insisté sur la nécessité de sélectionner seulement des variables clés à des fins de comparaison. De même, il est important de veiller à ce que les données recueillies dans tous les programmes soient exactes pour assurer la validité de la comparaison. Après la présentation, les membres du groupe ont discuté de la possibilité que les pharmaciens participent à l'analyse comparative des pratiques relatives à la délivrance de médicaments ou à la pharmacie. À leur avis, ces renseignements seraient très précieux dans l'exercice de la pharmacie appliquée à différents programmes de dialyse. Les pharmaciens en néphrologie de la région du grand Toronto ont une fois de plus passé une excellente soirée de formation continue, l'événement leur ayant permis de se réunir et d'échanger des idées.

Le point sur la prophylaxie de la péritonite et sur la prise en charge du diabète

Compte rendu soumis par Judith Marin, B. Pharm., M. Sc., Ph. D. Pharm., Fraser Health Authority, Surrey (Colombie-Britannique)

Le RPN a tenu sa troisième soirée de formation à Vancouver le 1^{er} novembre. Le premier exposé de la soirée consistait en un sommaire des études portant sur les médicaments visant à prévenir les infections du péritoine associées à la dialyse péritonéale. Le Dr Daniel Schwartz a brillamment résumé les données probantes relatives aux interventions visant à prévenir la péritonite fongique et bactérienne chez cette population de patients. La discussion a essentiellement porté sur l'administration de fluconazole pour prévenir la péritonite fongique secondaire chez le patient sous dialyse péritonéale soumis à une antibiothérapie; l'étude à répartition aléatoire portant sur cette intervention a d'ailleurs été passée en revue. La démarche sous-tendant cette intervention a été intégrée au programme de dialyse péritonéale de la Fraser Health Authority, où le Dr Schwartz exerce sa profession. Résultat : le nombre de cas de péritonite fongique y est passé de 14 à 6 par année. Des données additionnelles sont recueillies en ce moment au sujet de cette intervention.

Le deuxième exposé visait à passer en revue certains éléments controversés des nouvelles lignes directrices de l'Association canadienne du diabète (ACD) publiées l'été dernier. Anar Dossa a fait remarquer que le taux d'hémoglobine glycosylée (HbA_{1c}) est maintenant considéré comme un outil diagnostique du diabète, conformément aux recommandations énoncées dans les nouvelles lignes directrices. Elle a décrit aux participants toutes les limites rattachées au dosage de l'HbA_{1c} en mettant l'accent sur celles qui concernent les patients atteints de néphropathie chronique, notamment la prise d'ASE. Elle a également expliqué à l'auditoire comment aider les patients à surveiller leur glycémie en fonction des nouvelles lignes directrices de l'ACD, soulignant au passage qu'elle préconise, dans sa pratique, l'individualisation de la surveillance de la glycémie. Madame Dossa a également présenté un résumé complet des médicaments administrés pour la maîtrise de la glycémie, en mettant particulièrement l'accent sur la classe des incrétines.

Pour en savoir plus, veuillez consulter la présentation PowerPoint originale, laquelle sera publiée prochainement sur le site Web du RPN. Je tiens à remercier une fois de plus nos conférenciers pour cette soirée des plus informatives.

Les transitions en transplantation : des étapes charnières

Compte rendu soumis par Amy Sood, B. Sc. Pharm., Ph. D. Pharm., Hôpital St-Boniface, Winnipeg (Manitoba)

Le 3 novembre, le RPN a tenu sa deuxième activité de formation à Winnipeg. Jennifer Dyck, pharmacienne en transplantation rénale, a dressé aux participants un portrait de la pharmacothérapie administrée en transplantation. Elle a notamment traité d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses et de pharmacovigilance. La discussion a également porté sur les différences entre les complications qui surviennent couramment lorsque le patient passe d'un traitement rénal substitutif à une transplantation rénale. Par exemple, elle a décrit les différents facteurs d'anémie post-transplantation, les autres facteurs qui accroissent le risque de maladie cardiovasculaire chez ces patients ainsi que les raisons sous-tendant la persistance d'une maladie des os après une transplantation

rénale. Jennifer a également traité du processus à appliquer pour atténuer graduellement l'immunosuppression par suite d'une altération de la fonction du greffon. Le rôle du pharmacien en transplantation rénale a également été abordé dans le cadre de l'exposé.

À titre de pharmaciens en néphrologie, nous avons tous déjà participé à la prise en charge d'un patient en attente d'une transplantation ou d'un patient qui retourne à un traitement rénal substitutif après l'échec d'une transplantation. Cette présentation était axée sur l'importance de la communication bidirectionnelle entre le pharmacien en néphrologie et le pharmacien en transplantation pour assurer la continuité des soins.

Conférences à venir

Congrès annuel 2012 de la Société canadienne de néphrologie

Du 25 au 29 avril 2012

St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) Renseignements: www.csnscn.ca

Rencontres cliniques du printemps 2012 de la National Kidney Foundation

Du 9 au 13 mai 2012

Washington, D.C.

Renseignements: www.kidney.org

49° Congrès de l'ERA-EDTA (European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association) *Du 24 au 27 mai 2012*

Paris, France

Renseignements: www.era-edta.org

Nouvel algorithme de prise en charge de la douleur élaboré par la BC Provincial Renal Agency (BCPRA)

Compte rendu soumis par Judith Marin, B. Pharm., M. Sc., Ph. D. Pharm.

Le principal objectif de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale terminale est l'atteinte d'une qualité de vie satisfaisante malgré le caractère chronique et invalidant de leur maladie. Les symptômes que subissent les patients sous dialyse et les patients à la prise en charge conservatrice sont nombreux, graves et très nuisibles à la qualité de vie¹. Par conséguent, une évaluation précise des symptômes des patients et l'application d'algorithmes de prise en charge de ces symptômes sont des mesures qui peuvent contribuer à améliorer notablement la qualité de vie du patient et à assurer la cohérence de son traitement. Les symptômes les plus graves signalés par les patients sous dialyse sont la douleur, la fatique, la diminution du bien-être, la perte d'appétit, l'anxiété et la dépression^{1,2}. On estime que 50 % patients atteints de néphropathie chronique souffrent de douleur chronique, jusqu'à 82 % d'entre eux qualifiant cette douleur de modérée à intense3-5. Qui plus est, les patients atteints de douleur chronique sont plus susceptibles de souffrir d'insomnie ou de dépression, d'autres affections susceptibles

d'altérer leur qualité de vie. La douleur peut être attribuable à la néphropathie elle-même (polykystose rénale, p. ex.), à des comorbidités (neuropathie diabétique ou arthrose, p. ex.), à une maladie découlant de l'insuffisance rénale (calciphylaxie ou ostéopathie rénale, p. ex.) ou à une modalité de la dialyse (dorsalgie chez les patients sous dialyse péritonéale, p. ex., ou crampes ou céphalées chez les patients sous hémodialyse). Chez cette population de patients, la douleur est généralement multifactorielle. En déterminant si le patient souffre de douleur nociceptive ou neuropathique, le clinicien sera plus à même de choisir les options pharmaceutiques et non pharmaceutiques appropriées. Pour aider le clinicien à sélectionner la pharmacothérapie qui convient, la BCPRA a élaboré des lignes directrices de prise en charge de la douleur chronique chez les patients sous hémodialyse (figure 1). Cet outil sera publié sous peu sur le site Web de la BCPRA et sera accompagné d'un graphique sur les analgésiques et d'un tableau comparatif sur le coût des médicaments.

Figure 1. Lignes directrices de la BCPRA sur la prise en charge de la douleur chronique

Douleur musculosquelettique/nociceptive

Score de douleur de 1 à 4 sur 10

Les analgésiques non opioïdes sont le traitement de première intention.

Acétaminophène (y compris l'acétaminophène pour les douleurs arthritiques) : Max. 4 g/jour; user de prudence en cas d'antécédents d'abus d'alcool, de prise d'un autre inducteur enzymatique hépatique (rifampine, p. ex.) ou d'insuffisance cardiaque. Mesurer le taux de GGT et d'ALT tous les 3 mois si la dose > 2.6 a/iour.

▶ AINS topiques : Appliquer de 3 à 4 f.p.j. en cas de douleur localisée (diclofénac [5 à 25 %] à mélanger avec Phlojel, gel à 1,16 % de diclofénac [en vente libre])

Crème à 0,025 % ou à 0,075 % de capsaïcine : Appliquer de 2 à 4 f.p.j. en cas de douleur localisée (le délai d'action peut être > 2 sem.).

> La douleur n'est pas maîtrisée ou le score de douleur initiale est ≥ 5 sur 10

Ajouter un opioïde à un analgésique non opioïde et (ou) à un adjuvant ÉVITER LA MORPHINE ET LA MÉPÉRIDINE

Évaluer le risque de dépendance aux opioïdes au moyen de l'échelle prévue à cette fin.

La dose peut être ajustée à toutes les séances d'hémodialyse d'après l'évaluation de la douleur.

▶ Hydromorphone IR : De 0,25 à 0,5 mg par voie orale toutes les 3 à 4 h, au besoin (Remarque : Le métabolite neurotoxique H3G s'accumule quand « le patient n'est pas sous hémodialyse.)IR

► Oxycodone IR : De 1,25 à 2,5 mg par voie orale toutes les 3 à 4 h, au besoin Percocet (325 g d'acétaminophène-5 mg d'oxycodone) peut être administré pour alléger le fardeau médicamenteux une fois que la maîtrise de la douleur est optimisée.

L'administration régulière d'un opioïde (0,5 mg d'hydromorphone par voie orale toutes les 3 h de façon régulière, p. ex.) devrait être envisagée chez un patient souffrant de douleur intense (score de douleur de 7 à 10 sur 10)

Une fois la douleur du patient stabilisée par un analgésique, envisager l'administration d'un opioïde à action prolongée. Continuer d'administrer un opioïde à action rapide pour traiter les percées de douleur (1/10 de la dose quotidienne totale toutes les 2 h, au besoin).

▶ Hydromorphone CR : Par voie orale toutes les 12 h (les doses disponibles augmentant par paliers de 3 mg).

• Oxycodone CR : Par voie orale toutes les 12 h (les doses disponibles aug-

mentant par paliers de 10 mg).

Remarque : Si la maîtrise de la douleur n'est pas optimale avant la prochaine dose prévue d'opioïde à action prolongée, envisager l'administration de 1/3 de la dose quotidienne d'hydromorphone ou d'oxycodone CR toutes les 8 h.

Fimbre transdermique de fentanyl : Dose initiale : timbre à 12 μg/h tous les 3 jours; augmenter la dose jusqu'au timbre de la taille suivante à toutes les 2 séances d'hémodialyse. User de prudence si le patient n'a jamais pris d'opioïdes. Les timbres de fentanyl sont offerts dans les doses suivantes : 12 μg/h, 25 μg/h, 50 μg/h, 75 μg/h, 100 μg/h.

Médicaments de remplacement

Tramadol (Ultram®) : Option en cas de douleur modérée (score de 5 à 6 sur 10 sans opioïde). Ce médicament a une action opioïde (il se lie aux récepteurs μ) et inhibe le recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine. Dose initiale : 25 mg par voie orale de 1 à 2 f.p.j. (dose quotidienne maximum : 100 mg par voie orale 2 f.p.j.).

325 g d'acétaminophène et 37,5 mg de tramadol (Tramacet®) : 1 comprimé par voie orale 2 f.p.j. Dose quotidienne maximum : 2 comprimés par voie orale 2 f.p.j.

Le tramadol CR (Zytram XL®) est contre-indiqué quand la clairance de la créatinine est < 30 ml/min.

▶ Timbre transdermique de buprénorphine : Option en cas de douleur modérée (score de 5 à 6 sur 10 sans opioïde). Élimination rénale minimale. Dose initiale : timbre de 5 µg/h à 10 µg/h tous les 7 jours, même chez les patients ayant déjà pris des opioïdes. La dose peut être augmentée tous les 7 jours. Dose maximum : 20 µg/h par 7 jours. L'acétaminophène devrait être administré pour atténuer les percées de douleur. Prendre garde aux symptômes de sevrage si le médicament est substitué à un autre opioïde. Méthadone: Option en cas d'allergie aux opioïdes, d'effets indésirables

ou de douleur réfractaire non maîtrisée par d'autres opioïdes, ou encore **si** le patient n'est plus sous hémodialyse.

Autorisation du CPSBC nécessaire pour prescrire de la méthadone à des fins analgésiques. QTc initial et répéter l'ECG si la dose quotidienne est > à 60 mg. Les interactions médicamenteuses sont nombreuses (p. ex. macrolides, fluoroquinolones ou fluconazole).

Dose initiale : 1 ou 2 mg par voie orale ou sublinguale 3 f.p.j. et ajuster la dose graduellement à toutes les 2 séances d'hémodialyse.

Douleur neuropathique (Définie par ≥ 4 des symptômes suivants : douleur cuisante, douleur au froid, chocs électriques, fourmillements et picotements, engourdissements, prurit, augmentation de la douleur à l'effleurement, diminution de la sensation)

Score de douleur de 1 à 4 sur 10

▶ Gabapentine : 100 mg par voie orale au coucher et ajuster la dose chaque semaine à raison de 100 mg/jour.

Dose maximum : 300 mg/jour. Durée adéquate de l'essai : de 4 à 6

Crème à 0,025 % ou à 0,075 % de capsaïcine : Appliquer de 2 à 4 f.p.j. en cas de douleur localisée (le délai d'action peut être > 2 sem.).

Effets indésirables La maîtrise de la douleur est inadéquate à la intolérables (p. ex. sédation dose cible pendant 2 à 4 sem ou étourdissements) ou le score de douleur initial Réduire graduellement la est ≥ 5 sur 10 dose de gabapentine

Nortriptyline/désipramine : 10 mg par voie orale par jour (administrer la dose au coucher dans le cas de la nortriptyline) et ajuster la dose chaque semaine à raison de 10 mg/jour. Dose maximum : 100 mg/jour. La combinaison d'un antidépresseur tricyclique et de gabapentine peut favoriser une meilleure maîtrise de la douleur en cas de polyneuropathie diabétique ou de neuralgie postherpétique.

Nabilone : De 0,25 à 0,5 mg par voie orale au coucher et ajuster la dose chaque semaine à raison de 0,25 à 0,5 mg/jour. Dose maximum : 2 mg/jour. Doses des capsules : 0,25 mg, 0,5 mg et 1 mg.

Topiramate: 25 mg par voie orale par jour et ajuster la dose toutes les 1 à 2 sem. à raison de 25 mg/jour. Dose maximum: 200 mg/jour (prise uniquotidienne ou biquotidienne).

▶ Venlafaxine : 37,5 mg par voie orale par jour; augmenter la dose après 1 semaine à 75 mg par voie orale par jour.

▶ Prégabaline : 25 mg par voie orale au coucher et ajuster la dose toutes les semaines à raison de 25 mg/jour. Dose maximum : 75 mg/jour. Les jours où le patient a une séance d'hémodialyse, lui administrer la dose après la séance. Aucune donnée n'appuie l'administration de prégabaline aux patients présentant une résistance ou une intolérance à la gabapentine.

▶ THC-CBD (Sativex®) : 1 vaporisation sous la langue ou à l'intérieur des joues de 1 à 2 f.p.j. Il est possible d'augmenter la dose à raison de 1 vaporisation/jour à toutes les séances d'hémodialyse. Dose maximum : 12 vaporisations/jour. Données limitées chez les patients atteints d'insuffisance rénale. Peut aggraver l'hypotension orthostatique.

Autres possibilités (voir le graphique) : clonidine, tizanidine, benzodiazépines, baclofène.

> Réponse inadéquate

TABLEAU DE CONVERSION DES OPIOÏDES (pour la prise chronique d'opioïdes) Adm parantárala

<u>iviedicament</u>	Adm. parenterale	<u>Par voie oraie</u>
Morphine	10 mg	De 20 à 30 mg
Hydromorphone	2 mg	4 mg
Oxycodone	s.o.	20 mg
Codéine	120 mg	200 mg
Fentanyl	100 μg (0,1 mg)	s.o.
Timbre de fentanyl	* Voir commentaire ci-dessous	
Timbre de buprénorphine	* Voir commentaire ci-dessous	
Méthadone	s.o.	Variable; commencer par le 1/10 de la dose de morphine

- Conformément au tableau de conversion des opioïdes du VCH/PHC (Vancouver Coastal/Providence Health Care) (dernière mise à jour : 15 janvier 2010). Conversion recommandée entre la prise d'hydromorphone par voie orale tous les
- jours et son équivalent sous forme de fentanyl et de buprénorphine.

Hydromorphone (mg/24 h) < 6 de 6 à 12 de 12 à 26 de 27 à 35 de 36 à 44	25 37 50	rl (μg/h) Buprénorphine (μg/h) 5 10 20
de 45 à 53 de 54 à 62	62 75	
de 63 à 71 de 72 à 80	87 100	Code de couleurs des médicaments visant à traiter la douleur
		Médicaments couverts par la BCPRA Médicaments couverts par PharmaCare Médicaments nécessitant une autorisation spé- ciale pour être couverts par PharmaCare

Références

- 1. Davison SN, Jhangri GS, Johnson JA. Cross-sectional validity of a modified Edmonton syptoms assessment system in dialysis patients: a simple assessment of symptoms burden. Kindey Int 2006; 69: 631-6.
- 2. Fainsinger RL, Davison SN, Brenneis, C. A supportive care model for dialysis patients. Palliative Medecine 2003; 14: 81-2.
- 3. Davison SN. Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. AmJ Kidney Dis 2003; 42:1239-47.
- 4. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM et al. Prevalence, severity and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol 2005: 16: 2487-94.
- 5. Murphy EL, Murtagh FE, Carey I, Sheerin NS. Understanding symptoms in patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis: use of a short patient-completed assessment tool. Nephron Clin Pract. 2009; 111(1):c74-80.

Sondage sur les pratiques de délivrance d'agents stimulant l'érythropoïèse mené auprès de cliniques de néphrologie en Ontario

Compte rendu soumis par Xiaofei Huang, Université de Waterloo, et Julie Scott, Ph. D. Pharm., pharmacienne en néphrologie, Grand River Hospital, Kitchener (Ontario)

Contexte

Dans le cadre de l'examen des pratiques de délivrance d'agents stimulant l'érythropoïèse (ASE) appliquées à la clinique de néphropathie chronique de notre établissement, le Grand River Hospital, nous avons envoyé un questionnaire à d'autres cliniques de néphropathie chronique situées partout en Ontario pour évaluer leurs propres pratiques de délivrance de médicaments. L'érythropoïétine (EPO), protéine recombinante qui stimule la production de globules rouges, est administrée pour traiter l'anémie associée à l'insuffisance rénale chronique. En Ontario, les ASE destinés aux patients atteints d'insuffisance rénale terminale sont financés par le Programme de médicaments spéciaux (PMS). Quand le médicament est délivré par l'intermédiaire d'un programme de néphrologie reconnu, le remboursement est versé au programme en question par le PMS. Toutefois, le montant couvre seulement le coût du médicament et ne comprend pas de frais d'exécution d'ordonnance. Les patients atteints de néphropathie chronique reçoivent donc les ASE gratuitement. Les ASE destinés à cette population de patients ne sont pas couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO).

En décembre 2010, un courriel a été envoyé aux pharmaciens de l'Ontario travaillant dans la clinique de néphropathie chronique d'établisse-

ments hospitaliers. Ces pharmaciens figuraient dans la liste d'envoi du Réseau des pharmaciens en néphrologie (RPN). Le courriel visait à les inviter à répondre à un questionnaire à choix multiples comportant sept questions, par l'intermédiaire du site Survey Monkey. Vingt-sept questionnaires (représentant 19 programmes de traitement de la néphropathie chronique) avaient été retournés au 10 janvier 2011, date à laquelle les résultats ont été compilés. Les données obtenues pour le programme de traitement de la néphropathie chronique du Grand River Hospital ont alors été ajoutées aux données globales. Au total, 20 cliniques de néphropathie chronique ont donc participé au sondage.

Résultats

Les résultats du sondage sont résumés au tableau 1. La plupart des répondants (70 %) ont déclaré que la darbépoétine alfa (Aranesp^{MD}) est le principal ASE prescrit par les néphrologues de leur clinique de néphropathie chronique. Onze centres (55 %) ont affirmé pour leur part que les néphrologues associés à leur clinique de néphropathie chronique prescrivent également des ASE à leurs patients ne fréquentant pas la clinique (c'est-à-dire ceux qu'ils voient uniquement dans leur cabinet privé). Aucun des centres n'a dit facturer de frais d'exécution d'ordonnance pour la préparation des ASE.

Dix répondants (50 %) ont affirmé qu'à leur centre, les ASE sont remis aux patients directement à la clinique de néphropathie chronique. Parmi ces dix centres, 80 % appliquent un processus par lequel un pharmacien ou un technicien en pharmacie prépare un approvisionnement en médicaments à l'intention du patient, que celui-ci va ensuite chercher à la clinique. Dans l'un de ces centres, les infirmières ont la responsabilité d'aller sélectionner les ASE parmi les médicaments de réserve, de les préparer et de les remettre au patient.

Aux consultations externes d'une clinique de néphropathie chronique, la pharmacie communautaire du centre hospitalier fréquentée par les patients externes fait parvenir le médicament à la clinique, qui remet à son tour le médicament au patient. Trois centres ont recours à une combinaison de méthodes pour la délivrance du médicament : l'ASE est remis au patient par l'intermédiaire de leurs cliniques de néphropathie chronique respectives, mais aussi par le truchement des pharmacies des patients externes ou hospitalisés. Un centre a par ailleurs mis en place une pratique novatrice : une entente a été conclue avec quelques pharindépendantes communautaires déléguées (affiliées à l'hôpital) pour que les patients atteints de néphropathie chronique puissent y faire exécuter leurs ordonnances d'ASE. La réponse au sondage ne mentionnait pas la méthode de remboursement rattachée à ce processus.

Tableau 1. Pratiques de délivrance des ASE

ASE administré				
Darbépoétine alfa (Aranesp™)	70% (14/20)			
Époétine alfa (Eprex®)	30% (6/20)			
Prescription d'ASE aux patients fréquentant un cabinet privé				
Oui	55% (11/20)			
Non	35% (7/20)			
Ne sait pas	10% (2/20)			
Lieu de délivrance des ASE				
Pharmacie communautaire indépendante	5% (1/20)			
Pharmacie communautaire de l'hôpital	35%* (7/20)			
Pharmacie au service de patients hospitalisés	25%* (5/20)			
Clinique de néphropathie chronique	50% (10/20)			
Pratique de délivrance des ASE à la clinique de néphropathie chronique				
Par un pharmacien en néphrologie ou un technicien en pharmacie	80% (8/10)			
Par une infirmière	10% (1/10)			
Autre	10% (1/10)			
Frais d'exécution d'ordonnance				
Frais facturés	0%			
Aucuns frais facturés	90% (18/20)			
Ne sait pas	10% (2/20)			

^{*} En ce qui concerne le lieu de délivrance, le pourcentage total est supérieur à 100 % parce que les ASE sont, dans certains cas, distribués à partir de différents endroits.

Discussion

Ce sondage visait à brosser un portrait sommaire des pratiques de délivrance des ASE dans les cliniques de néphropathie chronique de l'Ontario et devrait, par conséquent, être interprété dans ce contexte. La darbépoétine (Aranesp^{MD}) semble être l'ASE le plus couramment délivré dans les cliniques de néphropathie chronique de l'Ontario. La darbépoétine (Aranesp^{MD}) s'avère tout aussi efficace que l'époétine alfa (Eprex®) pour la prise en charge de l'anémie associée à la néphropathie chronique1. Le choix d'un ASE dans la liste de médicaments de l'hôpital est donc généralement fondé sur d'autres facteurs, comme le coût et la fréquence d'administration. Dans le sondage, les répondants n'étaient pas appelés à justifier le choix d'un ASE en particulier dans leur hôpital.

Le lieu de délivrance des ASE était très variable d'un centre à l'autre. Il n'y a pas de lignes directrices formelles ou de procédure normalisée à suivre dans le cadre de la délivrance d'ASE par l'intermédiaire du PMS. Les pharmacies communautaires sont l'endroit où les patients externes atteints de néphropathie chronique font exécuter la plupart de leurs ordonnances de médicaments autres que des ASE. Or, compte tenu de l'absence de frais d'exécution d'ordonnance, il est difficile de leur demander de faire exécuter leurs ordonnances d'ASE dans leur pharmacie communautaire habituelle. Certaines pharmacies communautaires affiliées à des hôpitaux délivrent ces médicaments à perte, sans toucher d'autre remboursement que le coût du médicament.

La délivrance d'ASE aux patients externes par une pharmacie au service des patients hospitalisés peut présenter certaines difficultés. Selon le système informatique de la pharmacie et les processus mis en place dans le service, le recours à des processus peu courants pourrait en effet s'avérer nécessaire. Or, ceux-ci sont susceptibles de provoquer des erreurs ou une perte d'efficacité. Au Grand River Hospital, par exemple, le système informatique de la pharmacie des patients hospitalisés n'est pas doté d'une fonctionnalité de délivrance de médicaments aux patients externes. Par conséquent, il est difficile de faire le suivi de la quantité exacte de médicaments distribués au cours d'une journée donnée. Nous utilisons donc le système de la pharmacie des patients hospitalisés pour générer des étiquettes, mais pour contrôler la quantité exacte de médicaments délivrés, nous procédons manuellement en utilisant des cartes de distribution de médicaments individuelles.

De nombreux programmes de néphrologie ont procédé à l'intégration de la charge de travail liée à la délivrance des médicaments au sein de la clinique de néphropathie chronique, où cette charge est répartie entre les pharmaciens en néphrologie, les techniciens en pharmacie spécialisés en néphrologie et les infirmières de la clinique. Remettre à un patient un approvisionnement en médicaments déjà préparé à son intention et vérifié par le pharmacien s'inscrit dans le champ d'exercice des soins infirmiers. Toutefois, pour que les infirmières puissent délivrer des médicaments (c'est-à-dire sélectionner un produit parmi les médicaments de réserve et le préparer pour le patient), une politique de délégation propre au programme doit être mise en œuvre. Les procédures de préparation de médicaments énoncées dans la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies devront être respectées même dans le cadre de cette politique2.

Conclusions

Le remboursement des ASE par le PMS pour les patients atteints de néphropathie chronique pose certaines difficultés pour les programmes de néphrologie en Ontario. Cette situation entraîne notamment des différences marquées entre les pratiques de délivrance de médicaments en application dans les cliniques de néphropathie chronique en Ontario. Dans cette province, les ASE sont distribués par les pharmacies communautaires (indépendantes et en milieu hospitalier), les pharmacies au service des patients hospitalisés et les cliniques de néphropathie chronique. La charge de travail liée à la délivrance des médicaments repose entre les pharmaciens, les techniciens en pharmacies et les infirmières. En outre, dans de nombreux hôpitaux, de multiples processus sont en place pour délivrer ces produits à différents endroits. Cette lacune en matière de normalisation augmente le risque d'erreur dans la distribution des médicaments. Qui plus est, un manque de rigueur dans le contrôle de la délivrance des médicaments peut, au final, accroître le gaspillage de produits.

Le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) a été fondé en 2009 pour canaliser les efforts déployés à l'échelle provinciale afin de mieux organiser et de mieux gérer la prestation de services de néphrologie. À l'heure où le RRO s'emploie à élaborer un modèle de financement mieux coordonné pour la prestation de services de néphrologie partout en Ontario, nous espérons que le remboursement des ASE pourra éventuellement être accordé par l'intermédiaire de la pharmacie communautaire que le patient fréquente habituellement. Pour ce faire, il faudra toutefois se doter d'un système qui assure le remboursement du coût du médicament, mais aussi le remboursement d'honoraires professionnels adéquats pour le pharmacien communautaire qui exécute l'ordonnance.

Références

- 1. Kruep EJ and Basskin LE. Cost-Minimization Analysis of Darbepoetin Alpha vs Epoetin Alpha. American Journal of Health-System Pharmacy. 2005;62(24):2597-2603.
- 2. Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies, L.R.O., 1990.

Faits saillants du 9e COLLOQUE ANNUEL DU GROUPED.E.V.E.N.I.R., tenu à Montréal (Québec) les 14 et 15 octobre 2011

Compte rendu soumis par Robert Bell, B. Pharm., D.P.H., Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal (Québec)

Des membres du Réseau de pharmaciens en néphrologie au Québec ont organisé un programme de formation d'une demi-journée avant le commencement du collogue. D'entrée de jeu, les participants ont eu l'occasion d'assister à une présentation de Roger Kaprielian, Ph. D., des Affaires scientifiques d'Amgen. Sa présentation portait sur les données actuellement disponibles en ce qui a trait à la variation de l'hémoglobine et aux options thérapeutiques en présence d'anémie. Par la suite, Kateri Bourbeau, B. Pharm., M. Sc., BCPS et professeure de clinique en néphrologie à Québec, a résumé un exposé à laquelle elle a assisté en juin 2011 Congrès de l'EDTA à Prague, Répunblique tchèque. Sa présentation, New Therapeutic Options in Anemia Management (nouvelles options thérapeutiques de prise en charge de l'anémie), traitait des plus récentes données cliniques sur les mimétiques de l'EPO, particulièrement la péginesatide (HematideMC), et du rôle de l'hepcidine dans la prise en charge de l'anémie. La conférencière a également présenté un aperçu des stabilisateurs de facteurs inductibles par l'hypoxie et des possibilités dont nous pourrions tirer parti pour faire progresser

la recherche clinique. Pour conclure la présentation, les 22 participants ont pris part à une table ronde sur leurs pratiques d'administration de fer par voie intraveineuse.

Une collègue de Trois-Rivières (Québec), Julie Beauregard, a donné une présentation sur la mise en œuvre d'un projet de bilan comparatif des médicaments portant sur les 167 patients de son service d'hémodialyse. Un technicien en pharmacie (3 jours par semaine) a pris part à l'application pratique du programme, son embauche dans le cadre du projet ayant été subventionnée par Amgen. Le projet s'est révélé un succès, mais l'embauche d'un technicien en pharmacie à temps plein a été jugée nécessaire à la poursuite de cette heureuse initiative.

Le dernier exposé de la matinée était celui du Dr Vincent Pichette, professeur de médecine et de pharmacologie à l'Université de Montréal et chef de l'axe néphrologie du Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal. L'exposé du Dr Pichette, intitulé The Impact of the New Guidelines in regards to Drug Dosing in CKD (répercussions des nouvelles lignes directrices sur la posologie relative au traitement de la néphropathie chronique), traitait du métabolisme des médicaments par rapport à la clairance non rénale des médicaments et des répercussions pharmacocinétiques de la néphropathie chronique. En qualité d'expert pour la FDA, KDIGO et l'ACCP, le Dr Pichette a ensuite décrit les nouvelles recommandations découlant des études sur la pharmacocinétique relative à la néphropathie chronique. La version préliminaire 2010 du document d'orientation en néphrologie, publiée en mars 2010 pour examen public, peut être consultée au :

http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/ucm064982.htm

Enfin, les participants ont pris part à un débat sur la comparaison des équations permettant d'estimer le débit de filtration glomérulaire pour déterminer le stade de la néphropathie chronique. La discussion s'est conclue par une discussion sur la mise en application de la formule CKD-EPI pour estimer le débit de filtration glomérulaire dans les laboratoires d'hôpitaux québécois. Les participants ont par ailleurs été encouragés à prendre connaissance du compte rendu de Drug prescribing in Kidney Disease: Initiative for Improving Dosing (prescription de médicaments et néphropathie : une initiative

visant à améliorer la posologie), conférence présentée dans le cadre de la KDIGO Controversies Conference à Baltimore, aux États-Unis, en mai 2010, et du compte rendu du 39e Congrès annuel de l'ACCP. L'événement avait pour thème l'optimisation de la pharmacothérapie chez les patients atteints d'insuffisance rénale et portait sur des sujets comme la pharmacométrie (modélisation et simulation) appliquée à la mise au point de médicaments et à la recherche sur des médicaments. L'édition de novembre 2011 de Pharmacotherapy contiendra un supplément à ce sujet.

Le Colloque du Groupe D.E.V.E.N.I.R., activité de formation continue multidisciplinaire, annuelle et d'une durée de deux jours, a attiré 170 participants ayant à cœur la prévention de la néphropathie chronique et la prise en charge des patients qui en sont atteints. Parmi ces participants figuraient des néphrologues, des pharmaciens en néphrologie, des infirmières et des nutritionnistes. Des conférenciers de divers horizons – France, Royaume-Uni, États-Unis et Montréal – ont traité de sujets d'actualité qui influent sur le travail des praticiens spécialisés dans le traitement de la néphropathie chronique. Vous trouverez dans les pages qui suivent les principaux messages à retenir de l'exposé de certains conférenciers.

Acide urique et fructose : de nouveaux joueurs dans le domaine de la néphropathie chronique Dr Daniel I Feig

Effectuer des mesures de l'acide urique chez les patients atteints d'obésité, d'hypertension et de néphropathie chronique

L'efficacité générale d'une réduction de la concentration d'urate en présence d'hypertension et de néphropathie chronique N'EST PAS démontrée Envisager l'utilisation d'uricosuriques légers (losartan, statines, certains antibiotiques) Encourager la réduction d'édulcorants

Toxicité rénale liée au traitement du cancer : le bon, le mauvais et l'indésirable Dr Benjamin Humphreys

Le bon : Les patients atteints de cancer vivent plus longtemps et disposent de plus d'options thérapeutiques que jamais

Le mauvais : Certains de ces patients présenteront une toxicité rénale; les options thérapeutiques seront alors limitées et la morbidité, accrue

L'indésirable : La proportion de patients qui vivent suffisamment longtemps pour

manifester une toxicité rénale augmente et représente un défi de taille

autant pour les néphrologues que les oncologues

La vascularite associée aux anticorps antineutrophiles cytoplasmatiques (ANCA) : la guérison est-elle possible?

Dr David R.W. Jayne

Piètres résultats thérapeutiques en présence de vascularite

Survie des patients et survie rénale, risques de maladie cardiovasculaire et de malignité

Traitement standard

Le traitement d'induction par le cyclophosphamide a été optimisé

Maintien de la rémission avec l'azathioprine ou le méthotrexate; le mycophénolate mofétil est moins efficace

Recommandations consensuelles

Certains besoins restent à combler

Médicaments biologiques

Le rituximab est une option de remplacement au cyclophosphamide et est préférable en présence d'une maladie récidivante ou réfractaire Maintien de la rémission après le traitement par le rituximab à confirmer

Options thérapeutiques plus récentes

Origines fœtales des atteintes rénales Dr Uptal D Patel

La croissance normale in utero est complexe et sujette à des phases déterminantes et à une variété d'influences génétiques et environnementales

Le nombre de néphrons semble être lié à l'hypertension et à la néphropathie chez l'adulte La programmation fœtale semble se traduire par diverses manifestations cliniques ultérieures laissant supposer que les stratégies de la politique publique pourraient améliorer la santé de la population

Syndrome cardiorénal : de nouveaux concepts, un vieux problème – le point de vue d'un cardiologue Dr Stephen S. Gottlieb

Plusieurs causes du syndrome cardiorénal sont mises au jour

Incidence sur le traitement clinique

La diurèse a des effets imprévisibles

Les préoccupations inhérentes à l'inhibition de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sont surestimées

Les antagonistes de l'hormone antidiurétique ou de l'adénosine ne procurent aucun bienfait éprouvé

Les peptides natriurétiques ne procurent aucun bienfait éprouvé

Dyslipidémie et néphropathie chronique : ombre et lumière Dr Rajiv Agarwal

La néphropathie chronique constitue un état de risque cardiovasculaire absolu élevé.

Le traitement de la dyslipidémie est essentiel à la prise en charge de la maladie cardiovasculaire en présence de néphropathie chronique.

La prescription d'une statine est la première étape. L'atteinte du taux de C-LDL cible est toutefois primordiale.

Une réduction de 30 à 40 % de la valeur initiale est souhaitable.

Il faut surveiller l'efficacité et la toxicité (ce qui est vrai pour la plupart des médicaments). Chez les patients atteints de néphropathie chronique :

Une réduction du taux de C-LDL semble surtout prévenir la maladie

cardiovasculaire; elle ne semble pas avoir d'effet protecteur sur les reins.

L'association d'ézétimibe et de simvastatine peut réduire le risque de maladie cardiovasculaire, avec un degré de toxicité acceptable.

Ces présentations, dont un grand nombre sont en anglais, seront publiées dans les prochains mois sur le site Web de la Société québécoise de néphrologie (www.sqn.qc.ca), dans la section PRÉVENIR-DEVENIR.

L'an prochain, le 10e Congrès annuel du Groupe D.E.V.E.N.I.R. se tiendra à Québec, et le programme scientifique de l'événement s'annonce des plus prometteurs. Nous espérons que vous serez des nôtres!

Devenez membre bénévole du comité de rédaction du journal de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers et des technologues de néphrologie (ACITN)!

Cher membre du RPN,

Vous aimeriez parfaire vos compétences en rédaction? Être au fait de nouveaux médicaments et de traitements novateurs? Organiser des activités pour les formidables étudiants, résidents et doctorants en pharmacie qui ADORENT la néphrologie? Étoffer votre curriculum vitæ et devenir CÉLÈBRE dans PubMed?

Devenez membre du comité de rédaction du journal de l'ACITN!

Vous serez appelé à rédiger (ou à faire rédiger) quatre articles par an dans le journal de l'ACITN. Le sujet des articles est à votre entière discrétion. Il peut par exemple s'agir d'un texte sur un nouveau médicament, d'une réaction à un reportage paru dans les médias, de résumés d'articles publiés dans d'autres revues ou encore d'un article de synthèse ou de formation continue. Vous pouvez également user de créativité et trouver d'autres idées!

Pour en savoir davantage ou pour manifester votre intérêt pour cette occasion à ne pas manquer, laquelle est offerte à l'échelle canadienne, veuillez communiquer avec : Gillian Brunier, rédactrice en chef

gillianbrunier@sympatico.ca www.cannt.ca

Très cordialement, Colette Raymond, M. Sc., Ph. D. Pharm., ACPR Centre de sciences de la santé, Winnipeg (Manitoba)

Néphrologie : quoi de neuf dans la littérature? Coup d'œil sur la pharmacothérapie en néphrologie...

Considérations posologiques relatives aux patients atteints de néphropathie aiguë et chronique – mise au point clinique de KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes)

Matzke GR et al. Kidney Int. 2011;80:1122-37.

Ce document de KDIGO renferme des recommandations de pratique clinique sur les sujets suivants : évaluation de la fonction rénale, considérations posologiques relatives aux patients atteints de néphropathie chronique et présentant une insuffisance rénale aiguë ainsi qu'aux patients sous hémodialyse, thérapie de remplacement continue, dialyse quotidienne et dialyse péritonéale.

La régulation de la sécrétion de parathormone par du cinacalcet tend à diminuer les besoins en darbépoétine aux patients atteints d'insuffisance rénale terminale

Battistella M et al. Clin Nephrol 2011;76:99-103.

Dans le cadre de cette étude de cohorte rétrospective menée auprès de 40 patients atteints d'insuffisance rénale terminale, les auteurs ont conclu qu'une réduction de la sécrétion de parathormone par du cinacalcet était associée à une diminution de la dose de darbépoétine, laquelle est passée de 40 à 24 µg par semaine.

L'observance thérapeutique chez les patients atteints de néphropathie chronique Raymond CB et al. CANNT J 2011;21:47-50.

Cet article de synthèse porte sur la non-observance thérapeutique, problème largement répandu chez les patients atteints de néphropathie chronique. Les auteurs évoquent notamment les raisons qui pourraient justifier ce manque d'observance et passent en revue les interventions citées dans la littérature pour faire en sorte que cette population adhère mieux à son traitement.

Indices de fer après l'administration d'un complexe de gluconate ferrique de sodium à des patients sous hémodialyse Shalansky K et al. Am J Kidney Dis 2011;58:684-5.

Cette lettre de recherche contient la description d'une étude visant à définir l'intervalle à l'intérieur duquel les indices de fer peuvent être mesurés et interprétés après l'administration d'un complexe de gluconate ferrique de sodium à des patients sous hémodialyse. Les auteurs ont conclu que 48 heures après l'administration d'un complexe de gluconate ferrique de sodium, le coefficient de saturation de la transferrine du patient peut être faussement élevé. Par conséquent, ils estiment qu'un intervalle de sept jours serait plus adéquat.

Pharmacocinétique du thiosulfate de sodium chez des patients sous hémodialyse et des volontaires sains Farese S et al. Clin J Am Soc Nephrol 2011;6:1447-55.

Cette étude avait pour but d'examiner la pharmacocinétique du thiosulfate de sodium chez dix patients sous hémodialyse et neuf volontaires sains. Les auteurs indiquent que la biodisponibilité orale du thiosulfate de sodium est faible et variable (7,6 %) et recommandent d'administrer ce médicament par voie intraveineuse.

Stratégies fondées sur des simulations et visant à déterminer la posologie de thiosulfate de sodium pour le traitement de la calciphylaxie

Singh RP et al. Clin J Am Soc Nephrol 2011;6:1155-9.

Les auteurs de cette étude énoncent des lignes directrices pour déterminer la dose de thiosulfate de sodium à administrer aux patients sous hémodialyse en fonction de la fréquence et de la durée des séances, se fondant pour ce faire sur des simulations. Cette étude peut constituer un guide utile pour établir la dose de thiosulfate de sodium à administrer aux patients atteints de calciphylaxie traités par dialyse quotidienne courte, dialyse nocturne ou hémodialyse veinoveineuse continue.

Vous avez lu un article qui a retenu votre intérêt? Faites-le parvenir à renalpharmacistsnetwork@gmail.com

Commanditaires

Le Réseau des pharmaciens en néphrologie souhaite remercier les commanditaires suivants de leur appui constant et de leur généreuse contribution.

Platine (> 9999 \$)



Or (5000 - 9999 \$)







Argent (2500 - 4999 \$)





Bronze (< 2500 \$)

