Opinion pharmaceutique : **Interaction entre les agents modifiant le pH gastrique et les anti-VHC**

Patient(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DDN\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ #Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Après avoir analysé le dossier de votre patient(e), j’ai relevé un problème relié à sa pharmacothérapie.

**Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprévir (Vosevi)**  **et**

**IPP : lansoprazole (Prevacid), oméprazole (Losec), pantoprazole (Pantoloc) ou équivalent**

**Mécanisme d’interaction :** Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) augmentent le pH gastrique. La solubilité, l'absorption et la concentration plasmatique du velpatasvir peuvent être diminuées.

Ceci peut donc diminuer de façon significative l’efficacité de certains anti-VHC.

***Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprévir (Vosevi) et IPP******:***

Information supplémentaire :  
Étude pharmacocinétique : Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprévir (Vosevi) + Oméprazole 20 mg

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Administration (IPP) | 2 h après l’anti-VHC | 4 h après l’anti-VHC |
| SSC du velpatasvir | ↓ 54 % | ↓ 51% |

Selon la monographie, un IPP, à des doses équivalentes à 20 mg d’oméprazole, peut être associé au Vosevi.

Options thérapeutiques possibles : **Nom de l’IPP** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Posologie recommandée : dose comparable à 20 mg d'oméprazole die soit dexlansoprazole 30 mg; ésoméprazole 20 mg ; lansoprazole 30 mg ; pantoprazole 40 mg; rabéprazole 20 mg\***

* Diminuer la dose de l’IPP à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*
* Cesser l’IPP **\*Réévaluer l’indication de traitement de l’IPP et si ce dernier peut être cessé\***

* Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REN :\_\_\_\_\_\_\_

**Suivi :** Efficacité du traitement anti-VHC.

N’hésitez pas à communiquer avec nous pour de l’information supplémentaire.   
En toute collaboration,

Pharmacie(ne) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​ #Télécopieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A titre d’ordonnance, dater et signer :

Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Signature et licence :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_