Opinion pharmaceutique

**Interaction entre les statines et les antiviraux contre l’hépatite C (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 Atorvastatine (Lipitor)

**Mécanisme d’interaction :** Une augmentation des effets indésirables des statines peut survenir suivant l’administration concomitante avec les anti-VHC ci-haut mentionnés. Les statines sont des substrats des transporteurs hépatiques P-gp, OATP1B1/1B3 et/ou BCRP qui sont inhibés par les anti-VHC.

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

Information supplémentaire :

Aucune étude sur l’interaction Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprévir (Vosevi) et Atorvastatine n’est disponible. La monographie recommande d’utiliser cette association avec prudence.

Options thérapeutiques possibles (Atorvastatine) :

**\* En concomitance avec du Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprévir (Vosevi), on ne recommande pas plus de 10 mg d’Atorvastatine par jour.\***

* Suspendre l’Atorvastatine pendant le traitement contre l’hépatite C   
  \*Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*
* Diminuer la dose de l’Atorvastatine à 10 mg die \*Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*
* Garder la même dose d’Atorvastatine
* Diminuer la dose de l’Atorvastatine à \_\_\_\_\_\_ \*Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*
* Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REN : \_\_\_\_\_\_\_

**Suivi :** effets indésirables associés aux hypolipidémiants : effets GI, myopathies (fatigue/faiblesse musculaire, myalgies, crampes musculaires) et rhabdomyolyse conduisant à l'insuffisance rénale.

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 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_