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 Pravastatine (Pravachol)

**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 Pravastatine (Pravachol)******:***

Information supplémentaire :

Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprévir (Vosevi) + Pravastatine 40 mg die : ↑ 2,3 fois la SSC de la Pravastatine. La monographie ne recommande d’utiliser pas plus de 40 mg de Pravastatine par jour.

Options thérapeutiques possibles (Pravastatine) :

**\* En concomitance avec du Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprévir (Vosevi), on ne recommande pas plus de 40 mg de Pravastatine par jour.\***

* Suspendre la Pravastatine pendant le traitement contre l’hépatite C
\*Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*
* Diminuer la dose de la Pravastatine à 40 mg die \*Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*
* Garder la même dose de Pravastatine
* Diminuer la dose de la Pravastatine 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 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_