

MONOGRAPHIE DE PRODUIT

 **CRIXIVAN[®]**

gélules de sulfate d'indinavir

200 et 400 mg

(sous forme d'indinavir)

Inhibiteur de la protéase du VIH

MERCK CANADA INC.
16750, route Transcanadienne
KIRKLAND, QC H9H 4M7
Canada
www.merck.ca

Date de révision :
Le 17 avril 2012

Numéro de la demande : 152824

Table des matières

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	3
RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT	3
INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE	3
CONTRE-INDICATIONS	3
MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS	5
EFFETS INDÉSIRABLES	9
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES	15
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION	23
SURDOSAGE	24
MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE	25
STABILITÉ ET ENTREPOSAGE	28
FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT	28
PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES	29
RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES	29
ÉTUDES CLINIQUES	30
PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE	36
MICROBIOLOGIE	41
TOXICOLOGIE	42
RÉFÉRENCES	45
PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR.....	47

gélules de sulfate d'indinavir**PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ****RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT**

Voie d'administration	Forme posologique/ Teneur	Ingrédients non médicinaux d'importance clinique
Orale	Gélules à 200 mg et à 400 mg sous forme d'indinavir	Lactose anhydre <i>Voir la section FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT pour connaître la liste complète des ingrédients.</i>

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

CRIVAN® (sulfate d'indinavir) administré en association avec d'autres médicaments antirétroviraux est indiqué pour le traitement de l'infection par le VIH-1.

Les études cliniques menées chez des adultes ont montré qu'un traitement au moyen du sulfate d'indinavir :

- réduisait le risque d'évolution vers les maladies liées au SIDA ou la mort;
- entraînait une réduction durable du taux sérique d'ARN viral;
- entraînait une augmentation durable du nombre de cellules CD4+.

CONTRE-INDICATIONS

- CRIVAN® est contre-indiqué chez les patients qui présentent une hypersensibilité importante du point de vue clinique à ce médicament ou à l'un de ses ingrédients. Pour obtenir une liste complète, veuillez consulter la section FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT.
- L'administration concomitante de sulfate d'indinavir et de médicaments dont la clairance dépend fortement de l'isoenzyme CYP3A et pour lesquels des concentrations plasmatiques élevées sont associées à des réactions graves ou mettant la vie en danger, ou les deux (p. ex. arythmies cardiaques, sédation prolongée), est contre-indiquée. Voir le tableau 1.

Tableau 1 Médicaments contre-indiqués avec le sulfate d'indinavir	
Classe thérapeutique : nom du médicament	Répercussions cliniques
Antagonistes des récepteurs alpha-1 adrénergiques : alfuzosine	Concentrations potentiellement accrues d'alfuzosine pouvant causer une hypotension.
Antiarythmiques : amiodarone	Risque de réactions graves ou mettant la vie en danger telles que les arythmies cardiaques.
Antimycobactériens : rifampine	Peut causer une perte de la réponse virologique et comporte un risque d'émergence d'une résistance virale à l'égard de CRIXIVAN [®] , de la classe des inhibiteurs de la protéase ou d'autres antirétroviraux administrés conjointement. La rifampine est un puissant inducteur du cytochrome P ₄₅₀ (CYP3A4) qui entraîne une réduction marquée des concentrations plasmatiques de sulfate d'indinavir (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Rifampine).
Dérivés de l'ergot : dihydroergotamine, ergonovine, ergotamine, méthylergonovine	Risque de réactions graves ou mettant la vie en danger telles qu'un ergotisme aigu caractérisé par un angiospasme périphérique et une ischémie des extrémités et d'autres tissus.
Régulateurs de la motilité gastro-intestinale : cisapride (n'est plus commercialisé au Canada)	Risque de réactions graves ou mettant la vie en danger telles que les arythmies cardiaques.
Produits à base d'herbes médicinales : millepertuis (<i>Hypericum perforatum</i>)	Peut causer une perte de la réponse virologique et comporte un risque d'émergence d'une résistance virale à l'égard de CRIXIVAN [®] ou de la classe des inhibiteurs de la protéase (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-herbe médicinale).
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines) : lovastatine, simvastatine	Risque de réactions graves telles qu'une myopathie, y compris la rhabdomyolyse (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).
Neuroleptiques : pimozide	Risque de réactions graves ou mettant la vie en danger telles que les arythmies cardiaques.
Inhibiteurs de la PDE-5 : sildénafil lorsqu'il est employé pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire	La dose sécuritaire et efficace n'a pas été établie lorsque le médicament est administré conjointement avec CRIXIVAN [®] . Peut augmenter les effets indésirables associés aux inhibiteurs de la PDE-5, y compris l'hypotension, les troubles visuels et le priapisme (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-médicament, Tableau 4 pour l'administration du sildénafil chez des patients souffrant de dysfonction érectile; PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Inhibiteurs de la PDE-5).

Tableau 1 Médicaments contre-indiqués avec le sulfate d'indinavir	
Classe thérapeutique : nom du médicament	Répercussions cliniques
Inhibiteurs de la protéase : atazanavir	Association avec une hyperbilirubinémie indirecte (non conjuguée). Les associations à base de CRIXIVAN [®] et d'atazanavir n'ont pas été évaluées, et l'administration conjointe de CRIXIVAN [®] et de l'atazanavir n'est pas recommandée.
Sédatifs/hypnotiques : alprazolam, midazolam oral, triazolam	Risque de réactions graves et mettant la vie en danger telles qu'une sédation prolongée ou accrue ou une dépression respiratoire (pour le midazolam administré par voie parentérale, voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Tableau 4).

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Mises en garde et précautions importantes
Des cas de lithiase rénale/lithiase urinaire ont été rapportés chez des patients traités avec CRIXIVAN [®] . En présence de signes et de symptômes de lithiase rénale, y compris une douleur au flanc avec ou sans hématurie (y compris une hématurie microscopique), une interruption temporaire du traitement (p. ex., 1 à 3 jours) pendant la phase aiguë ou l'abandon du traitement peut être envisagé (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Appareil génito-urinaire et EFFETS INDÉSIRABLES, Lithiase rénale/lithiase urinaire).

Intolérance au lactose : CRIXIVAN[®] contient du lactose et n'est pas recommandé chez les patients présentant une intolérance héréditaire rare au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose-galactose (voir FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT pour connaître la liste complète des excipients).

Système endocrinien et métabolisme

Hyperglycémie

On a rapporté l'apparition d'un diabète sucré ou d'une hyperglycémie, ou l'exacerbation d'un diabète sucré préexistant, chez des personnes infectées par le VIH et traitées au moyen d'inhibiteurs de la protéase. Un grand nombre de ces cas ont été observés chez des patients présentant des affections ayant des symptômes confondants dont certaines nécessitaient un traitement avec des médicaments qui ont été reliés à l'apparition d'un diabète sucré ou d'une hyperglycémie. Pour certains patients, il a fallu instaurer ou modifier le traitement au moyen de l'insuline ou d'hypoglycémifiants oraux pour corriger ces épisodes. On a observé, dans certains cas, une acidocétose diabétique.

Dans la majorité des cas cependant, on n'a pas dû interrompre le traitement avec l'inhibiteur de la protéase alors que, dans certains cas, on a dû soit cesser définitivement le traitement soit l'interrompre temporairement. Chez certains patients, l'hyperglycémie a persisté après le retrait de l'inhibiteur de la protéase, que le diabète ait été ou non présent au départ. Un lien de causalité entre le traitement au moyen de l'inhibiteur de la protéase et ces épisodes n'a pas été établi.

Redistribution/Accumulation du tissu adipeux

On a observé une redistribution et une accumulation du tissu adipeux, par exemple une obésité facio-tronculaire, un empatement de la nuque et de la région supérieure du dos (bosse de bison), une perte de tissu adipeux dans les membres, une augmentation mammaire, une émaciation faciale et une « apparence cushingoïde », chez les patients recevant un traitement antirétroviral. On ne connaît pas à l'heure actuelle le mécanisme et les conséquences à long terme de ces modifications. Un lien de causalité n'a pas été établi.

Appareil génito-urinaire

Lithiase rénale/Lithiase urinaire et néphrite tubulo-interstitielle

On a observé des cas de lithiase rénale/lithiase urinaire au cours du traitement avec CRIXIVAN[®]. La fréquence cumulative de lithiase rénale augmente parallèlement à l'exposition à CRIXIVAN[®]; cependant, le risque demeure relativement constant avec le temps. Chez certains patients, la lithiase rénale a été accompagnée d'un dysfonctionnement rénal ou d'une insuffisance rénale aiguë. Dans la majorité des cas, le dysfonctionnement rénal ou l'insuffisance rénale aiguë ont été réversibles. À l'apparition de signes et de symptômes d'une lithiase rénale, y compris une douleur au flanc en présence ou non d'hématurie (incluant une hématurie microscopique), on peut envisager d'interrompre temporairement le traitement (p. ex. 1 à 3 jours) pendant l'épisode aigu ou de cesser définitivement le traitement. **On recommande à tous les patients qui prennent du sulfate d'indinavir de s'hydrater adéquatement (au moins 1,5 litre par jour) (voir EFFETS INDÉSIRABLES, Lithiase rénale/Lithiase urinaire et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).**

Au cours du suivi de postcommercialisation auprès de sujets traités au moyen d'indinavir, on a rapporté de rares cas de néphrite interstitielle accompagnée d'une calcification médullaire et d'une atrophie corticale chez des patients présentant une leucocyturie grave asymptomatique (> 100 cellules par champ à fort grossissement). Une leucocyturie grave asymptomatique pourrait être révélatrice de la présence d'une lésion rénale (p. ex. une néphrite tubulo-interstitielle) et nécessiter une évaluation plus poussée. Il peut être nécessaire de modifier la prise en charge de ces patients afin d'éviter l'aggravation de la lésion rénale. Le recours régulier à des analyses microscopiques de l'urine chez les patients recevant de l'indinavir pourrait contribuer à augmenter significativement l'innocuité du traitement.

Fonction hématologique

Hyperbilirubinémie

On a observé fréquemment une hyperbilirubinémie indirecte au cours du traitement au moyen de CRIXIVAN[®]; par contre, cette réaction a été rarement reliée à une hausse des taux de transaminases sériques (voir EFFETS INDÉSIRABLES). Cependant, en raison de la possibilité théorique chez l'humain d'une exacerbation de l'hyperbilirubinémie physiologique observée chez le nouveau-né,

on doit user de prudence si l'on administre le sulfate d'indinavir à des femmes enceintes dans la période de l'accouchement (voir Femmes enceintes).

Anémie hémolytique

Une anémie hémolytique aiguë, mortelle dans certains cas, a été rapportée chez des patients traités au moyen de CRIXIVAN[®]. Lorsque le diagnostic est établi, il faut prendre les mesures thérapeutiques appropriées, y compris l'arrêt du traitement avec le sulfate d'indinavir.

Saignements chez les hémophiles

Une augmentation des saignements, y compris des hématomes cutanés spontanés et une hémarthrose, a été rapportée chez les patients atteints d'hémophilie de type A et de type B traités avec des inhibiteurs de la protéase. Chez certains patients, on a augmenté la dose du facteur VIII. Dans de nombreux cas rapportés, le traitement avec les inhibiteurs de la protéase a été poursuivi ou réinstauré. Il n'existe pas de lien avéré entre les inhibiteurs de la protéase et la survenue de ces saignements. Cependant, la fréquence des épisodes de saignements doit être surveillée étroitement chez les patients qui reçoivent du sulfate d'indinavir.

Fonctions hépatique/biliaire/pancréatique

Hépatite

Une hépatite, évoluant dans certains cas vers une insuffisance hépatique et la mort, a été rapportée chez les patients traités au moyen de CRIXIVAN[®]. Comme la majorité de ces patients présentent des maladies ayant des symptômes confondants ou suivent d'autres traitements conjoints, un lien de causalité entre CRIXIVAN[®] et l'hépatite n'a pu être établi.

Insuffisance hépatique attribuable à une cirrhose

Il faut diminuer la posologie du sulfate d'indinavir en raison d'une baisse du métabolisme du médicament chez les patients qui présentent une insuffisance hépatique attribuable à une cirrhose (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION et PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Pharmacocinétique, Insuffisance hépatique attribuable à une cirrhose).

Système immunitaire

Reconstitution immunitaire

Au cours de la phase initiale du traitement antirétroviral, un patient dont le système immunitaire répond au traitement antirétroviral peut présenter une réaction inflammatoire aux infections opportunistes peu évolutives ou résiduelles (telles les infections par *Mycobacterium avium*, les infections par le cytomégalovirus, la pneumonie à *Pneumocystis carinii* et la tuberculose), pouvant nécessiter une évaluation plus poussée et un traitement additionnel.

Système nerveux

On n'a pas encore établi si le sulfate d'indinavir pénètre dans le système nerveux central.

Fonction rénale

Le médicament n'a pas été évalué chez les patients présentant une insuffisance rénale.

Populations particulières

Femmes enceintes

Aucune étude rigoureuse et bien contrôlée n'a été effectuée avec le sulfate d'indinavir chez les patientes enceintes. Par conséquent, ce médicament ne peut être utilisé au cours de la grossesse que si les bienfaits escomptés pour la mère l'emportent sur les risques potentiels pour le fœtus. Comme l'exposition est beaucoup plus faible avant l'accouchement, selon les résultats d'une petite étude regroupant des patientes enceintes infectées par le VIH, et comme les données concernant cette population de patientes sont limitées, l'utilisation de l'indinavir chez les patientes enceintes infectées par le VIH n'est pas recommandée (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Populations et situations particulières, Femmes enceintes).

Chez les singes rhésus, l'administration de sulfate d'indinavir à des nouveau-nés a entraîné une légère exacerbation de l'hyperbilirubinémie physiologique transitoire observée chez cette espèce animale après la naissance. L'administration de sulfate d'indinavir au cours du troisième trimestre de la gestation à des guenons rhésus n'a pas entraîné une telle exacerbation chez les nouveau-nés. Le transfert placentaire du sulfate d'indinavir a été cependant limité.

Programme sur la grossesse et les médicaments antirétroviraux

Afin de surveiller l'issue materno-fœtale chez les patientes enceintes exposées à CRIXIVAN[®], on a établi un registre d'exposition aux antirétroviraux pendant la grossesse. On invite les médecins à y inscrire leurs patientes en téléphonant au 910-256-0238 (ou au 1-800-258-4263 aux États-Unis et au Canada).

Femmes qui allaitent

On ne sait pas si le sulfate d'indinavir est excrété dans le lait maternel chez l'humain. Comme de nombreux médicaments sont excrétés dans le lait maternel chez l'humain et en raison du risque de réactions défavorables reliées au sulfate d'indinavir pour les enfants nourris au sein, il faut avertir les mères de cesser d'allaiter leur enfant si elles sont traitées au moyen du sulfate d'indinavir. En outre, on devrait conseiller aux femmes infectées par le VIH de ne pas allaiter leur enfant afin d'éviter la transmission postnatale du VIH à un enfant qui n'aurait pas été infecté pendant la grossesse ou l'accouchement.

Enfants

On a évalué l'indinavir à la posologie de 500 mg/m² toutes les 8 heures dans des études non contrôlées regroupant 70 enfants de 3 à 18 ans. Le profil pharmacocinétique de l'indinavir à cette posologie n'était pas comparable à celui observé antérieurement chez des adultes recevant ce médicament à la posologie recommandée de 800 mg toutes les 8 heures (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Pharmacocinétique). On a observé une suppression virale chez certains des 21 patients qui ont reçu l'indinavir à raison de 500 mg/m² en association avec le d4T et le 3TC pendant 24 semaines. Cependant, on a observé une fréquence de lithiase rénale/lithiase urinaire beaucoup plus élevée que celle rapportée dans les données historiques concernant les adultes (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Lithiase rénale/Lithiase urinaire et néphrite tubulo-interstitielle).

Dans les études cliniques portant sur CRIXIVAN[®], on a noté une pyurie asymptomatique de cause non déterminée chez 10,9 % (6/55) des enfants de 3 ans et plus qui avaient reçu le médicament à la posologie recommandée de 500 mg/m² toutes les 8 heures. Dans certains cas, la pyurie était associée à une élévation légère du taux de créatinine sérique.

Personnes âgées

L'innocuité et l'efficacité de ce médicament n'ont pas été établies chez les personnes âgées.

EFFETS INDÉSIRABLES

Lithiase rénale/Lithiase urinaire

Dans les études cliniques portant sur CRIXIVAN[®], une lithiase rénale, y compris une douleur au flanc en présence ou non d'hématurie (incluant une hématurie microscopique), a été rapportée chez environ 9,8 % (252/2 577) des patients traités avec CRIXIVAN[®] à la dose recommandée par rapport à 2,2 % chez les sujets témoins. En règle générale, les épisodes de lithiase rénale n'ont pas été liés à un dysfonctionnement rénal et ont disparu moyennant une hydratation appropriée et l'interruption temporaire du traitement (p. ex. 1 à 3 jours). La fréquence cumulative de lithiase rénale augmente parallèlement à l'exposition à CRIXIVAN[®]; cependant, le risque demeure relativement constant avec le temps (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Hyperbilirubinémie

Une hyperbilirubinémie asymptomatique (taux de bilirubine totale $\geq 42,75 \mu\text{mol/L}$ [$\geq 2,5 \text{ mg/dL}$]), sous forme principalement d'élévation du taux de bilirubine indirecte, a été signalée chez environ 14 % des patients traités avec le sulfate d'indinavir. Dans moins de 1 % de ces cas, l'hyperbilirubinémie a été reliée à des élévations des taux d'ALAT ou d'ASAT.

La fréquence d'hyperbilirubinémie et de lithiase rénale a été plus élevée lorsque les posologies du sulfate d'indinavir étaient supérieures à 2,4 g/jour.

Effets indésirables rapportés dans les études cliniques

Puisque les études cliniques sont menées dans des conditions très particulières, les taux des effets indésirables peuvent ne pas refléter les taux observés en pratique et ne doivent pas être comparés aux taux observés dans le cadre des études cliniques portant sur un autre médicament. Les renseignements sur les effets indésirables d'un médicament qui sont tirés d'études cliniques s'avèrent utiles pour déterminer les effets indésirables liés au médicament et leurs taux approximatifs.

Dans des études cliniques contrôlées menées dans le monde entier, le sulfate d'indinavir administré seul ou en association avec d'autres médicaments antirétroviraux (zidovudine, didanosine ou lamivudine) a été généralement bien toléré. Le sulfate d'indinavir n'a pas altéré le type, la fréquence ou la gravité des principales réactions toxiques reliées à l'utilisation de la zidovudine, de la didanosine ou de la lamivudine.

Une étude multicentrique à double insu et avec répartition au hasard (étude 028) a été menée en vue de comparer les effets d'un traitement associant le sulfate d'indinavir et la zidovudine à ceux d'une monothérapie au moyen soit du sulfate d'indinavir, soit de la zidovudine, sur l'évolution de l'infection vers une maladie liée au SIDA ou la mort, et la variation des marqueurs indirects de la réponse au traitement. La durée médiane du suivi a été de 56 semaines et la durée maximale, de 97 semaines (voir ÉTUDES CLINIQUES).

Une étude multicentrique à double insu et avec répartition au hasard (étude ACTG 320) a été menée en vue de comparer les effets d'un traitement au moyen du sulfate d'indinavir administré en association avec de la zidovudine (ou de la stavudine) et de la lamivudine à celui d'un traitement au moyen de zidovudine (ou de stavudine) et de lamivudine sur l'évolution de l'infection par le VIH vers une maladie liée au SIDA ou la mort. La durée médiane du suivi a été de 38 semaines et la durée maximale a été de 52 semaines (voir ÉTUDES CLINIQUES).

Le tableau 2 présente les effets indésirables cliniques d'intensité modérée ou grave reliés au traitement et rapportés chez ≥ 2 % des patients traités avec le sulfate d'indinavir seul, le sulfate d'indinavir en association avec la zidovudine ou la zidovudine seule.

Tableau 2
Effets indésirables cliniques rapportés chez ≥ 2 % des patients

Effet indésirable	Étude 028 Effets indésirables modérés ou graves considérés comme reliés au médicament			Étude ACTG 320 Effets indésirables graves ou mettant la vie en danger – relation de cause à effet inconnue	
	CRIXIVAN® % (n = 332)	CRIXIVAN® plus zidovudine % (n = 332)	Zidovudine % (n = 332)	CRIXIVAN® plus zidovudine plus lamivudine % (n = 571)	Zidovudine plus lamivudine % (n = 575)
Organisme entier					
Douleur abdominale	16,6	16,0	12,0	1,9	0,7
Asthénie/Fatigue	2,1	4,2	3,6	2,4	4,5
Fièvre	1,5	1,5	2,1	3,8	3,0
Malaise	2,1	2,7	1,8	0	0
Appareil digestif					
Nausées	11,7	31,9	19,6	2,8	1,4
Diarrhée	3,3	3,0	2,4	0,9	1,2
Vomissements	8,4	17,8	9,0	1,4	1,4
Régurgitation acide	2,7	5,4	1,8	0,4	0
Anorexie	2,7	5,4	3,0	0,5	0,2
Augmentation de l'appétit	2,1	1,5	1,2	0	0
Dyspepsie	1,5	2,7	0,9	0	0
Ictère	1,5	2,1	0,3	0	0
Systèmes sanguin et lymphatique					
Anémie	0,6	1,2	2,1	2,4	3,5
Appareil locomoteur					
Douleur dorsale	8,4	4,5	1,5	0,9	0,7
Système nerveux/Troubles psychiatriques					
Céphalées	5,4	9,6	6,0	2,4	2,8
Étourdissements	3,0	3,9	0,9	0,5	0,7
Somnolence	2,4	3,3	3,3	0	0
Peau et structures cutanées					
Prurit	4,2	2,4	1,8	0,5	0
Éruption cutanée	1,2	0,6	2,4	1,1	0,5
Appareil respiratoire					
Toux	1,5	0,3	0,6	1,6	1,0
Difficulté à respirer/ Dyspnée/Essoufflement	0	0,6	0,3	1,8	1,0
Appareil génito-urinaire					
Lithiase rénale/Lithiase urinaire*	8,7	7,8	2,1	2,6	0,3
Dysurie	1,5	2,4	0,3	0,4	0,2
Sens					
Altération du goût	2,7	8,4	1,2	0,2	0

*Y compris une colique néphrétique et une douleur au flanc, accompagnées ou non d'hématurie

Dans les études contrôlées et à répartition au hasard de phase I et de phase II, on a rapporté certains effets indésirables dont la fréquence était significativement plus élevée chez les sujets qui avaient reçu le sulfate d'indinavir que chez les personnes traitées au moyen des analogues nucléosidiques. Ces effets étaient une éruption cutanée, une infection des voies respiratoires supérieures, une sécheresse de la peau, une pharyngite et une altération du goût.

Des effets indésirables, d'intensité au moins modérée, survenus chez moins de 2 % des patients traités avec le sulfate d'indinavir au cours des études de phase II et de phase III et considérés comme peut-être reliés au traitement ou sans relation de cause à effet reconnue, sont énumérés ci-dessous selon le foyer organique concerné.

Organisme entier/Foyer non précisé : Distension abdominale, douleur thoracique, frissons, fièvre, douleur au flanc, syndrome grippal, infection fongique, malaises, douleur, syncope, redistribution ou accumulation du tissu adipeux (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Redistribution/Accumulation du tissu adipeux).

Système cardiovasculaire : Troubles cardiovasculaires, palpitations.

Appareil digestif : Régurgitation acide, anorexie, stomatite aphteuse, chéilite, cholécystite, cholestase, constipation, sécheresse buccale, dyspepsie, éructation, flatulence, gastrite, gingivite, glossodynie, hémorragie gingivale, augmentation de l'appétit, gastro-entérite infectieuse, ictère, cirrhose hépatique.

Systèmes sanguin et lymphatique : Anémie, lymphadénopathie, troubles de la rate, saignements chez les hémophiles (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Fonctions métabolique/nutritionnelle/immunologique : Allergie alimentaire.

Appareil locomoteur : Arthralgie, douleur dorsale, douleur à la jambe, myalgie, crampes musculaires, faiblesse musculaire, douleur musculosquelettique, douleur à l'épaule, raideur.

Système nerveux/Troubles psychiatriques : Agitation, anxiété, troubles anxieux, bruxisme, diminution de l'acuité mentale, dépression, étourdissements, rêves anormaux, dysesthésie, excitation, fasciculation, hypesthésie, nervosité, névralgie, troubles névrotiques, paresthésie, neuropathie périphérique, troubles du sommeil, somnolence, tremblements, vertiges.

Appareil respiratoire : Toux, dyspnée, haleine fétide, hyperémie pharyngienne, pharyngite, pneumonie, râles/râles ronflants, insuffisance respiratoire, troubles des sinus, sinusite, infection des voies respiratoires supérieures.

Peau et structures cutanées : Odeur corporelle, dermatite de contact, dermatite, sécheresse de la peau, bouffées vasomotrices, folliculite, herpès, zona, sudation nocturne, prurit, séborrhée, troubles cutanés, infection cutanée, transpiration excessive, urticaire.

Sens : Troubles de l'accommodation, vision brouillée, douleur oculaire, tuméfaction oculaire, œdème orbital, altération du goût.

Appareil génito-urinaire : Dysurie, hématurie, hydronéphrose, nycturie, syndrome prémenstruel, protéinurie, colique néphrétique, pollakiurie, infection des voies urinaires, urines anormales, sédiment urinaire anormal, lithiase urinaire.

Anomalies dans les résultats hématologiques et biologiques

Les anomalies les plus fréquentes dans les constantes biologiques (incidence 5 %), considérées par les investigateurs comme peut-être, probablement ou certainement reliées au médicament dans le groupe de patients traités au moyen du sulfate d'indinavir seul, ont été une modification des taux d'ALAT, d'ASAT, de bilirubine sérique indirecte, de bilirubine sérique totale et des protéines urinaires.

Seulement 1 % des patients traités au moyen du sulfate d'indinavir, seul ou en association avec d'autres médicaments antirétroviraux, ont abandonné leur traitement en raison de ces anomalies. Mis à part l'hyperbilirubinémie, l'incidence de ces anomalies a été plus faible chez les patients qui ont reçu le sulfate d'indinavir en monothérapie que chez ceux qui ont reçu le sulfate d'indinavir en association avec d'autres médicaments antirétroviraux. L'incidence des anomalies reliées au médicament concernant les taux d'ALAT, d'ASAT et de protéines urinaires a été semblable chez les patients traités au moyen de la zidovudine seule.

Le tableau 3 présente certaines anomalies dans les constantes biologiques rapportées chez des patients traités au moyen du sulfate d'indinavir seul, du sulfate d'indinavir en association avec la zidovudine ou de la zidovudine seule, dans les études cliniques de phase III (études 028 et ACTG 320).

Tableau 3 Quelques anomalies graves ou mettant la vie en danger dans les résultats hématologiques et biologiques rapportées dans les études 028 et ACTG 320					
	Étude 028			Étude ACTG 320	
	CRIXIVAN®	CRIXIVAN® plus zidovudine	Zidovudine	CRIXIVAN® plus zidovudine plus lamivudine	Zidovudine plus lamivudine
	% (n = 329)	% (n = 320)	% (n = 330)	% (n = 571)	% (n = 575)
Hématologie					
Diminution de l'hémoglobine < 7,0 g/dL	0,6	0,9	3,3	2,4	3,5
Diminution du nombre de plaquettes < 50 x 10 ³ /mm ³	0,9	0,9	1,8	0,2	0,9
Diminution du nombre de neutrophiles < 0,75 x 10 ³ /mm ³	2,4	2,2	6,7	5,1	14,6
Chimie du sang					
Augmentation du taux d'ALAT > 500 % LSN*	4,9	4,1	3,0	2,6	2,6
Augmentation du taux d'ASAT > 500 % LSN	3,7	2,8	2,7	3,3	2,8
Taux de bilirubine sérique totale > 250 % LSN	11,9	9,7	0,6	6,1	1,4
Augmentation du taux d'amylase sérique > 200 % LSN	2,1	1,9	1,8	0,9	0,3
Augmentation de la glycémie > 250 mg/dL	0,9	0,9	0,6	1,6	1,9
Augmentation du taux de créatinine > 300 % LSN	0	0	0,6	0,2	0

* Limite supérieure de la normale.

Effets indésirables rapportés après la commercialisation du produit

Des effets indésirables additionnels ont été rapportés après la commercialisation du produit indépendamment du lien de causalité.

Organisme entier/Foyer non précisé : Redistribution ou accumulation du tissu adipeux dans des régions corporelles comme la nuque, l'abdomen et la zone rétropéritonéale (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Redistribution/Accumulation du tissu adipeux).

Système cardiovasculaire : Troubles cardiovasculaires, y compris un infarctus du myocarde et un angor.

Appareil digestif : Anomalies de la fonction hépatique, hépatite, y compris des cas d'insuffisance hépatique (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Hépatite), pancréatite.

Système endocrinien/Métabolisme : Apparition d'un diabète sucré ou d'une hyperglycémie, aggravation d'un diabète sucré préexistant (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Fonction hématologique : Augmentation des épisodes de saignements spontanés chez les hémophiles (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS), thrombopénie, anémie, y compris l'anémie hémolytique aiguë (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Hypersensibilité : Œdème angioneurotique, anaphylaxie, vasculite.

Système nerveux/Troubles psychiatriques : Paresthésie buccale.

Peau et structures cutanées : Alopécie, hyperpigmentation, urticaire, éruption cutanée incluant l'érythème polymorphe et le syndrome de Stevens-Johnson, ongles incarnés ou périonyxis, ou les deux.

Appareil génito-urinaire : Lithiase rénale/lithiase urinaire généralement non accompagnée de dysfonctionnement rénal; cependant, on a rapporté des cas de lithiase rénale/lithiase urinaire accompagnée d'un dysfonctionnement rénal, y compris une insuffisance rénale aiguë, une pyélonéphrite, une insuffisance rénale, une leucocyturie, une cristallurie et une néphrite interstitielle parfois accompagnée de dépôts de cristaux d'indinavir; chez certains patients, la néphrite interstitielle n'a pas disparu après l'arrêt du traitement avec CRIXIVAN®.

On a signalé également une élévation des taux sériques de triglycérides et de cholestérol.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Interactions pouvant avoir des conséquences graves

Le sulfate d'indinavir ne doit pas être administré conjointement avec (voir CONTRE-INDICATIONS) :

- l'alfuzosine,
- l'alprazolam,
- l'amiodarone,
- l'atazanavir,
- le cisapride (n'est plus commercialisé au Canada),
- les dérivés de l'ergot,
- la lovastatine,
- le midazolam oral,
- le pimozide,
- la rifampine,
- le sildénafil (lorsqu'il est employé pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire),
- la simvastatine,
- le millepertuis,
- le triazolam.

La compétition pour le cytochrome P₄₅₀ (CYP3A4) par le sulfate d'indinavir pourrait entraîner une inhibition du métabolisme de ces médicaments et comporter un risque de réactions graves ou mettant la vie en danger (p. ex. arythmies cardiaques ou sédation prolongée).

Aperçu (voir CONTRE-INDICATIONS)

L'indinavir est un inhibiteur de l'isoenzyme CYP3A4 du cytochrome P₄₅₀. L'administration concomitante de CRIXIVAN[®] et d'inhibiteurs des canaux calciques, de la trazodone et d'autres médicaments métabolisés par le CYP3A4 peut entraîner une augmentation des concentrations plasmatiques de ces médicaments, ce qui pourrait accroître ou prolonger leur action thérapeutique et leurs effets indésirables (voir CONTRE-INDICATIONS et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS). Selon les données observées *in vitro* utilisant des microsomes hépatiques humains, l'indinavir n'inhibe pas le CYP1A2, le CYP2C9, le CYP2E1 et le CYP2B6. Cependant, l'indinavir pourrait être un faible inhibiteur du CYP2D6.

L'indinavir est métabolisé par le CYP3A4. Les médicaments qui stimulent l'activité du CYP3A4 pourraient accroître la clairance de l'indinavir, résultant en une diminution des concentrations plasmatiques de l'indinavir. L'administration concomitante de CRIXIVAN[®] et d'autres médicaments qui inhibent le CYP3A4 pourrait diminuer la clairance de l'indinavir et entraîner une augmentation des concentrations plasmatiques de l'indinavir.

Il existe un risque d'interactions entre le sulfate d'indinavir et d'autres substrats du cytochrome P₄₅₀ (CYP3A4) qui n'ont pas été évaluées dans les études (voir CONTRE-INDICATIONS – Tableau 1, INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES et MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Pharmacocinétique).

Interactions médicament-médicament

Les médicaments énumérés dans le tableau 1 sont présentés en fonction des cas rapportés ou des études liés aux interactions médicamenteuses, ou des interactions possibles en raison de l'ampleur et de la gravité de l'interaction prévue (c.-à-d. les interactions qui sont contre-indiquées).

Le tableau 4 présente des renseignements sur les interactions médicamenteuses établies et potentiellement importantes avec CRIXIVAN[®]. Une modification de la dose ou du schéma thérapeutique peut être recommandée d'après les études portant sur les interactions médicamenteuses ou les interactions prédites (voir également MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE pour connaître l'ampleur des interactions, POSOLOGIE ET ADMINISTRATION ainsi que les renseignements d'ordonnance complets de tous les médicaments présentés et liés à des interactions pour lesquelles un ajustement de la posologie est recommandé).

Tableau 4		
Interactions médicamenteuses établies et potentiellement importantes : une modification de la dose ou du schéma thérapeutique peut être recommandée d'après les études portant sur les interactions médicamenteuses ou les interactions prédites		
(voir également MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE pour connaître l'ampleur des interactions et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION)		
Classe thérapeutique du médicament administré conjointement : nom du médicament	Effet sur la concentration de l'indinavir ou du médicament administré conjointement*	Répercussions cliniques
Médicaments anti-VIH		
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse : Delavirdine	↑ indinavir	En raison de l'augmentation des concentrations plasmatiques d'indinavir (résultats préliminaires), on doit envisager de réduire la posologie de l'indinavir lorsqu'on administre CRIXIVAN® conjointement avec la delavirdine (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Traitement concomitant, Delavirdine et PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Delavirdine).
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse : Éfavirenz	↓ indinavir	La dose optimale de l'indinavir, lorsque cet agent est administré en association avec l'éfavirenz, est inconnue. L'augmentation de la dose d'indinavir, jusqu'à 1 000 mg toutes les 8 heures, ne compense pas la biotransformation accrue de l'indinavir en présence de l'éfavirenz. L'administration concomitante d'une dose majorée d'indinavir (1 000 mg toutes les 8 heures) et d'éfavirenz (600 mg une fois par jour) chez des volontaires non infectés a entraîné des réductions respectives de l'ASC et de la C _{min} de 33 % à 46 % et de 39 à 57 %, environ, par rapport aux valeurs observées lorsque l'indinavir était administré seul à la dose usuelle (800 mg toutes les 8 heures).
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse : Didanosine	Cette interaction n'a pas été évaluée.	Un pH gastrique normal (acide) peut être nécessaire pour l'absorption optimale de l'indinavir alors que l'acide dégrade rapidement la didanosine, dont la formulation contient des agents tampons destinés à accroître le pH. L'indinavir et les présentations de didanosine tamponnées doivent être pris à jeun à au moins une heure d'intervalle. L'activité antirétrovirale n'a pas été modifiée lorsque la didanosine a été administrée trois heures après le traitement avec l'indinavir.

Tableau 4		
Interactions médicamenteuses établies et potentiellement importantes : une modification de la dose ou du schéma thérapeutique peut être recommandée d'après les études portant sur les interactions médicamenteuses ou les interactions prédites		
(voir également MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE pour connaître l'ampleur des interactions et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION)		
Classe thérapeutique du médicament administré conjointement : nom du médicament	Effet sur la concentration de l'indinavir ou du médicament administré conjointement*	Répercussions cliniques
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse : Didanosine entérosoluble	Cette interaction n'a pas été évaluée.	Il n'y a aucune interaction entre la didanosine entérosoluble et l'indinavir; ces deux médicaments peuvent être administrés conjointement.
Inhibiteurs de la protéase du VIH : Ritonavir	↑ indinavir ↑ ritonavir	Il faut user de prudence lorsqu'on administre le ritonavir en association avec l'indinavir (800 mg deux fois par jour) en raison du risque de lithiase rénale. Une hydratation adéquate est recommandée (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Ritonavir).
Autres médicaments		
Antifongiques : Itraconazole	↑ indinavir	L'itraconazole est un inhibiteur du CYP3A4 qui entraîne une augmentation des concentrations plasmatiques d'indinavir. Il est donc recommandé de diminuer la posologie de l'indinavir lorsque CRIXIVAN [®] est administré conjointement avec l'itraconazole (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Traitement concomitant, Itraconazole et PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Itraconazole).
Antifongiques : Kétoconazole	↑ indinavir	Le kétoconazole est un inhibiteur du CYP3A4 qui entraîne une augmentation des concentrations plasmatiques d'indinavir. Il est donc recommandé de diminuer la posologie de l'indinavir lorsque CRIXIVAN [®] est administré conjointement avec le kétoconazole (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Traitement concomitant, Kétoconazole et PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Kétoconazole).
Antidépresseurs : Venlafaxine	↓ indinavir ↔ venlafaxine	La venlafaxine entraîne une diminution des concentrations plasmatiques d'indinavir. L'indinavir n'a pas affecté les concentrations plasmatiques de la venlafaxine ni de son métabolite actif, la O-desméthyl-venlafaxine. La signification clinique de cette observation n'est pas connue.

Tableau 4

Interactions médicamenteuses établies et potentiellement importantes : une modification de la dose ou du schéma thérapeutique peut être recommandée d'après les études portant sur les interactions médicamenteuses ou les interactions prédites

(voir également MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE pour connaître l'ampleur des interactions et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION)

Classe thérapeutique du médicament administré conjointement : nom du médicament	Effet sur la concentration de l'indinavir ou du médicament administré conjointement*	Répercussions cliniques
Antimycobactériens : Rifabutine	↓ indinavir ↑ rifabutine	Lorsque la rifabutine est administrée conjointement avec CRIXIVAN [®] , on observe une augmentation des concentrations plasmatiques de rifabutine et une diminution des concentrations plasmatiques d'indinavir. Par conséquent, il faut diminuer la dose de la rifabutine et augmenter celle de l'indinavir lorsque la rifabutine est administrée en même temps que CRIXIVAN [®] . Les réglages de la posologie suggérés devraient entraîner des concentrations de rifabutine au moins 50 % plus élevées que celles généralement obtenues lorsque ce médicament est administré seul à la posologie usuelle (300 mg/jour) et des concentrations d'indinavir légèrement plus faibles que celles généralement obtenues lorsque ce médicament est administré seul à la posologie usuelle (800 mg toutes les 8 heures) (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Traitement concomitant, Rifabutine et PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Rifabutine).
Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase : Rosuvastatine Atorvastatine Pravastatine	↑ rosuvastatine ↑ atorvastatine ↑ pravastatine	Les inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statines) peuvent interagir avec les inhibiteurs de la protéase et augmenter le risque de myopathie, y compris la rhabdomyolyse. D'après une étude portant sur les interactions médicamenteuses avec le lopinavir/ritonavir, l'administration conjointe de rosuvastatine et d'inhibiteurs de la protéase n'est pas recommandée. On doit user de prudence lorsqu'on administre des inhibiteurs de la protéase du VIH, y compris CRIXIVAN [®] , conjointement avec l'atorvastatine. Le risque de myopathie, y compris la rhabdomyolyse, peut être accru lorsque les inhibiteurs de la protéase du VIH, dont CRIXIVAN [®] , sont utilisés de façon concomitante avec ces statines. L'interaction entre CRIXIVAN [®] et la pravastatine ou la fluvastatine n'est pas connue.
Inhibiteurs de la PDE-5 (phosphodiésterase de type 5) : Sildénafil	↑ sildénafil ↑ tadalafil	On s'attend à ce que l'administration conjointe d'un inhibiteur de la protéase et d'un inhibiteur de la PDE-5 entraîne une augmentation substantielle des concentrations plasmatiques de l'inhibiteur de la PDE-5, pouvant accroître le risque de réactions

Tableau 4

Interactions médicamenteuses établies et potentiellement importantes : une modification de la dose ou du schéma thérapeutique peut être recommandée d'après les études portant sur les interactions médicamenteuses ou les interactions prédites

(voir également MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE pour connaître l'ampleur des interactions et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION)

Classe thérapeutique du médicament administré conjointement : nom du médicament	Effet sur la concentration de l'indinavir ou du médicament administré conjointement*	Répercussions cliniques
Tadalafil Vardénafil	↑ vardénafil	défavorables reliées à l'inhibiteur de la PDE-5, y compris l'hypotension, la syncope, les troubles visuels et le priapisme (voir CONTRE-INDICATIONS et PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Inhibiteurs de la PDE-5). <i>Pour le traitement de la dysfonction érectile :</i> <ul style="list-style-type: none">• Le vardénafil ne doit pas être administré conjointement avec CRIXIVAN[®].• Sildénafil : des doses réduites (25 mg toutes les 48 heures) sont recommandées avec l'administration conjointe de CRIXIVAN[®].• Tadalafil : des doses réduites (10 mg toutes les 72 heures) sont recommandées avec l'administration conjointe de CRIXIVAN[®]. Employer avec prudence et surveiller les effets indésirables. <i>Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire :</i> <ul style="list-style-type: none">• L'administration conjointe de CRIXIVAN[®] et du tadalafil pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire n'est pas recommandée.
Médicaments contre la goutte : colchicine	↑ colchicine	La colchicine ne doit pas être administrée conjointement avec CRIXIVAN [®] chez les patients présentant une insuffisance rénale ou hépatique. L'exposition à la colchicine peut être accrue lorsque le médicament est administré conjointement avec CRIXIVAN [®] . La colchicine est un substrat de la CYP3A4. <i>Posologie recommandée de la colchicine administrée conjointement avec CRIXIVAN[®] :</i> <i>Traitement des accès de goutte :</i> Une dose de 0,6 mg (1 comprimé), suivie d'une dose de 0,3 mg (demi-comprimé) une heure plus tard. Ne pas répéter avant trois jours.

Tableau 4		
Interactions médicamenteuses établies et potentiellement importantes : une modification de la dose ou du schéma thérapeutique peut être recommandée d'après les études portant sur les interactions médicamenteuses ou les interactions prédites		
(voir également MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE pour connaître l'ampleur des interactions et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION)		
Classe thérapeutique du médicament administré conjointement : nom du médicament	Effet sur la concentration de l'indinavir ou du médicament administré conjointement*	Répercussions cliniques
		<i>Prophylaxie des crises de goutte :</i> si la posologie initiale était de 0,6 mg 2 f.p.j., réduire la dose à 0,3 mg 1 f.p.j.; s'il était de 0,6 mg 1 f.p.j., réduire la dose à 0,3 mg une fois tous les deux jours.
Antagonistes des récepteurs de l'endothéline : Bosentan	↑ bosentan	Administration conjointe du bosentan chez des patients traités avec CRIXIVAN [®] , ou administration conjointe de CRIXIVAN [®] chez des patients traités avec le bosentan : amorcer ou ajuster le traitement avec le bosentan à une dose de 62,5 mg 1 f.p.j., ou 1 fois tous les deux jours, d'après la tolérance de chaque patient.
Bêta-agonistes en inhalation : Salmétérol	↑ salmétérol	L'utilisation concomitante du salmétérol et de CRIXIVAN [®] n'est pas recommandée en raison du risque accru d'événements cardiovasculaires associé au salmétérol, dont un allongement de l'intervalle QT, des palpitations et une tachycardie sinusale.
Médicaments métabolisés par le CYP3A4	↑ bloqueurs des canaux calciques ↑ trazodone ↑ autres médicaments métabolisés par le CYP3A4	L'administration concomitante de CRIXIVAN [®] , un inhibiteur du CYP3A4, avec des bloqueurs des canaux calciques, la trazodone et d'autres médicaments métabolisés par le CYP3A4 peut entraîner une augmentation des concentrations plasmatiques de ces médicaments, ce qui pourrait accroître ou prolonger leur action thérapeutique et leurs effets indésirables. Il existe un risque d'interaction entre le sulfate d'indinavir et d'autres substrats du système cytochrome P ₄₅₀ (CYP3A4) qui n'a pas encore été évalué (p. ex. la méfloquine).
Autres médicaments inducteurs du CYP3A4	↓ indinavir	On doit user de prudence lorsqu'on administre de façon concomitante avec le sulfate d'indinavir d'autres médicaments qui induisent de façon moins puissante le CYP3A4 que la rifampine, tels le phénobarbital, la phénytoïne, la carbamazépine et la dexaméthasone, car ces derniers pourraient aussi entraîner une diminution des concentrations plasmatiques d'indinavir.

Tableau 4		
Interactions médicamenteuses établies et potentiellement importantes : une modification de la dose ou du schéma thérapeutique peut être recommandée d'après les études portant sur les interactions médicamenteuses ou les interactions prédites		
(voir également MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE pour connaître l'ampleur des interactions et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION)		
Classe thérapeutique du médicament administré conjointement : nom du médicament	Effet sur la concentration de l'indinavir ou du médicament administré conjointement*	Répercussions cliniques
Sédatifs/hypnotiques : Midazolam	↑ midazolam	<p>Le midazolam est largement métabolisé par le CYP3A4. Une administration conjointe avec CRIXIVAN[®] pourrait accroître de façon marquée la concentration de cette benzodiazépine. Aucune étude sur les interactions médicamenteuses entre CRIXIVAN[®] et les benzodiazépines n'a été menée. D'après les données provenant d'autres inhibiteurs du CYP3A4, les concentrations plasmatiques du midazolam pourraient être nettement plus élevées lorsque cet agent est administré par voie orale. Par conséquent, CRIXIVAN[®] ne doit pas être administré avec le midazolam par voie orale (voir CONTRE-INDICATIONS). Il faut user de prudence lorsque CRIXIVAN[®] est administré avec le midazolam par voie parentérale. Des données portant sur l'administration concomitante du midazolam par voie parentérale et d'autres inhibiteurs de la protéase semblent montrer une concentration plasmatique de midazolam 3 à 4 fois supérieure.</p> <p>Si CRIXIVAN[®] est administré conjointement avec le midazolam par voie parentérale, le traitement devra être instauré dans une unité de soins intensifs ou un milieu similaire, de façon à offrir une surveillance clinique étroite et un traitement médical adéquat en cas de dépression respiratoire ou de sédation prolongée. D'après une étude portant sur les interactions médicamenteuses entre le saquinavir et le midazolam, on peut anticiper une surexposition au midazolam en raison de l'effet inhibiteur de CRIXIVAN[®] sur le CYP3A4. Une réduction de la dose du midazolam devrait être envisagée, en particulier si plus d'une dose unique de midazolam est administrée.</p>
* ↑ = augmentation; ↓ = réduction; ↔ = aucun changement		

Autres médicaments

Des études portant spécifiquement sur les interactions médicamenteuses ont été effectuées avec le sulfate d'indinavir et les médicaments suivants : clarithromycine, fluconazole, isoniazide, méthadone, noréthindrone-éthinyloestradiol 1/35, triméthoprime-sulfaméthoxazole, zidovudine et association zidovudine-lamivudine. Aucune interaction significative sur le plan clinique n'a été observée avec ces médicaments.

Interactions médicament-aliment

La prise de CRIXIVAN[®] en même temps qu'un repas riche en calories, en matières grasses et en protéines réduit la capacité de l'organisme d'absorber le médicament. Pour obtenir une absorption optimale, CRIXIVAN[®] doit être administré avec de l'eau et sans aliments, 1 heure avant ou 2 heures après un repas (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Interactions médicament-herbe médicinale

Millepertuis (*Hypericum perforatum*)

Il a été démontré que l'administration conjointe de CRIXIVAN[®] et de millepertuis entraîne une réduction substantielle des concentrations d'indinavir pouvant causer une perte de la réponse virologique et comportant un risque d'émergence d'une résistance virale à l'égard de CRIXIVAN[®] et des autres médicaments de la classe des inhibiteurs de la protéase (voir CONTRE-INDICATIONS et PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses, Millepertuis [*Hypericum perforatum*]).

Effets du médicament sur les constantes biologiques

Les effets du médicament sur les résultats d'analyse de laboratoire n'ont pas été établis.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Dose recommandée et réglage de la posologie

Adultes

La posologie recommandée de CRIXIVAN[®] est de 800 mg administrés par voie orale toutes les 8 heures. **Le traitement au moyen du SULFATE D'INDINAVIR DOIT ÊTRE AMORCÉ à la posologie recommandée de 2,4 g/jour.**

Comme CRIXIVAN[®] doit être administré toutes les 8 heures, on doit choisir un horaire posologique qui convient au patient. Pour obtenir une absorption optimale, le sulfate d'indinavir doit être administré avec de l'eau et sans aliments, 1 heure avant ou 2 heures après un repas. Le sulfate d'indinavir peut aussi être administré avec d'autres liquides comme du lait écrémé, du jus, du café ou du thé, ou en même temps qu'un repas léger (p. ex. pain grillé sans matières grasses tartiné de gelées, jus de pomme et café avec du lait écrémé et du sucre, ou encore flocons de maïs avec du lait écrémé et du sucre) (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Effet des aliments sur l'absorption après une administration orale).

En vue d'assurer une hydratation adéquate, il faut recommander aux adultes de boire au moins 1,5 litre (environ 48 onces) de liquide au cours d'une période de 24 heures.

En plus d'une hydratation adéquate, la prise en charge médicale des patients qui présentent une lithiase rénale peut comporter l'interruption temporaire du traitement (p. ex. 1 à 3 jours) au cours de l'épisode aigu ou l'arrêt définitif du traitement.

Traitement concomitant

Delavirdine

On doit envisager de réduire la dose de l'indinavir à 600 mg toutes les 8 heures lorsque CRIXIVAN[®] est utilisé conjointement avec la delavirdine administrée à raison de 400 mg 3 fois par jour (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Pharmacocinétique, Interactions médicamenteuses, Delavirdine).

Itraconazole

Il est recommandé de réduire la dose de l'indinavir à 600 mg toutes les 8 heures lorsque CRIXIVAN[®] est utilisé conjointement avec l'itraconazole administré à raison de 200 mg 2 fois par jour (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Pharmacocinétique, Interactions médicamenteuses, Itraconazole).

Kétoconazole

Il est recommandé de réduire la dose de l'indinavir à 600 mg toutes les 8 heures lorsque CRIXIVAN[®] est administré conjointement avec le kétoconazole (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Pharmacocinétique, Interactions médicamenteuses, Kétoconazole).

Rifabutine

Il est recommandé de réduire la dose de la rifabutine jusqu'à la moitié de la dose standard (consulter la monographie du produit émise par le fabricant) et d'augmenter la dose de l'indinavir à 1 000 mg toutes les 8 heures lorsqu'on administre la rifabutine conjointement avec CRIXIVAN[®] (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Pharmacocinétique, Interactions médicamenteuses, Rifabutine).

Autre :

Insuffisance hépatique attribuable à une cirrhose

Il faut envisager de réduire la dose du sulfate d'indinavir à 600 mg toutes les 8 heures chez les patients qui présentent une insuffisance hépatique légère ou modérée attribuable à une cirrhose (voir PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Pharmacocinétique, Insuffisance hépatique attribuable à une cirrhose).

Dose oubliée

Si une dose a été omise depuis plus de deux heures après le moment prévu, elle ne doit pas être prise plus tard dans la journée. Il faut revenir à l'horaire habituel.

SURDOSAGE

En cas de surdosage soupçonné, communiquez avec le centre antipoison de votre région.

On a rapporté des cas de surdosage chez l'humain avec CRIXIVAN[®]. Les réactions les plus souvent rapportées ont été de nature gastro-intestinale (p. ex. nausées, vomissements, diarrhée) et rénale (p. ex. lithiase rénale/lithiase urinaire, douleur au flanc, hématurie).

On ne sait pas si le sulfate d'indinavir peut être éliminé par dialyse péritonéale ou par hémodialyse.

Il n'existe pas d'antidote spécifique en cas de surdosage avec CRIXIVAN[®]. Lors d'un surdosage, il faut instaurer un traitement d'appoint général, y compris la surveillance des signes vitaux et de l'état clinique du patient. L'administration de charbon activé peut aider à éliminer la substance active non absorbée.

MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

Mode d'action

CRIXIVAN[®] est un inhibiteur sélectif de la protéase du virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1).

La protéase du VIH est une enzyme nécessaire au clivage protéolytique des précurseurs polyprotéiniques viraux en protéines individuelles fonctionnelles qui se trouvent dans le VIH infectieux. Le sulfate d'indinavir se lie au site actif de la protéase et inhibe l'activité de cette enzyme. Cette inhibition prévient le clivage des polyprotéines virales, ce qui entraîne la formation de particules virales immatures non infectieuses.

Puissance antirétrovirale

Le lien entre la sensibilité *in vitro* du VIH au sulfate d'indinavir et l'inhibition de la réplication du VIH chez l'humain n'a pas été établi. L'activité *in vitro* du sulfate d'indinavir a été évaluée dans des lignées cellulaires d'origine lymphoblastique et monocyttaire et dans les lymphocytes de la circulation sanguine périphérique. Les variants du VIH utilisés pour infecter les différents types de cellules sont, entre autres, des variants obtenus en laboratoire, des isolats cliniques primaires et des isolats cliniques résistants aux analogues nucléosidiques et aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse du VIH. La CI₉₅ (concentration inhibitrice à 95 %) du sulfate d'indinavir dans ces systèmes expérimentaux était de l'ordre de 25 à 100 nM. Dans les études portant sur les associations médicamenteuses au moyen d'analogues nucléosidiques, soit la zidovudine et la didanosine, et d'un analogue non nucléosidique réservé aux essais (L-697,661), on a noté que ces produits et le sulfate d'indinavir exercent une activité synergique en culture cellulaire.

Mutations virales

Des isolats du VIH moins sensibles au médicament ont été décelés chez certains patients traités avec le sulfate d'indinavir. L'émergence d'une résistance a été corrélée à une accumulation des mutations dans le génome viral, ce qui a donné lieu à l'expression d'acides aminés de substitution dans la molécule de protéase virale. Onze sites de résidus d'acides aminés de la protéase du VIH-1, dont les substitutions sont reliées à l'émergence d'une résistance, ont été mis en évidence. L'émergence d'une résistance a été attribuée à l'expression simultanée de multiples substitutions variables. En règle générale, l'expression simultanée d'un plus grand nombre de substitutions a entraîné un degré plus élevé de résistance.

Il est peu probable qu'une résistance croisée survienne entre le sulfate d'indinavir et les inhibiteurs de la transcriptase inverse puisque ces médicaments visent des enzymes différentes. Cependant, on a noté l'émergence d'une résistance croisée à l'égard du sulfate d'indinavir et du ritonavir, un autre inhibiteur

de la protéase. Par ailleurs, différents degrés de résistance croisée ont été observés à l'égard du sulfate d'indinavir et des autres inhibiteurs de la protéase du VIH.

Pharmacocinétique

Tableau 6				
Résumé des paramètres pharmacocinétiques de l'indinavir chez les adultes				
Schéma thérapeutique	ASC_{0-8 h} (nM • heure ± É.T.)	C_{max} (nM ± É.T.)	C_{8 h} (nM ± É.T.)	n*
Chez les adultes, 800 mg toutes les 8 heures	30 691 ± 11 407	12 617 ± 4 037	251 ± 178	16
*n = nombre de sujets É.T. = écart type				

Absorption

Les paramètres pharmacocinétiques de l'indinavir sont résumés au tableau 6. Chez les adultes, l'indinavir a été rapidement absorbé à jeun et la concentration plasmatique maximale a été atteinte en $0,8 \pm 0,3$ heure (T_{max} ; moyenne \pm É.T.) ($n = 11$). Chez les sujets qui ont reçu le sulfate d'indinavir à des doses s'échelonnant de 200 à 1 000 mg, on a observé une augmentation plus marquée des concentrations plasmatiques d'indinavir que l'augmentation proportionnelle à la dose. Entre les concentrations de 800 mg et de 1 000 mg, la déviation par rapport à la courbe dose-proportionnalité était moins prononcée.

L'administration de l'indinavir en même temps qu'un repas riche en calories, en matières grasses et en protéines (784 kcal, 48,6 g de matières grasses et 31,3 g de protéines) a entraîné une diminution de $77 \% \pm 8 \%$ de l'ASC et de $84 \% \pm 7 \%$ de la C_{max} ($n = 10$). La prise d'un repas léger (p. ex. pain grillé sans matières grasses tartiné de gelée, jus de pomme et café avec du lait écrémé et du sucre, ou encore flocons de maïs avec du lait écrémé et du sucre) n'a entraîné que peu de variation, sinon aucune, quant à l'ASC, à la C_{max} ou à la concentration plasmatique minimale (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Distribution

La fixation de l'indinavir aux protéines plasmatiques humaines a été d'environ 60 % pour une concentration s'échelonnant de 81 nM à 16 300 nM.

Métabolisme

À la suite de l'administration d'une dose de 400 mg de sulfate d'indinavir marqué au ^{14}C , $83 \% \pm 1 \%$ ($n = 4$) et $19 \% \pm 3 \%$ ($n = 6$) de la radioactivité totale a été décelée dans les fèces et dans l'urine, respectivement. Les valeurs de la radioactivité attribuable à la substance mère dans les fèces et dans l'urine ont été de 19,1 % et de 9,4 %, respectivement. Sept métabolites ont été identifiés dont un glucuronide et six métabolites oxydatifs. Des études *in vitro* ont indiqué que le cytochrome P₄₅₀ (CYP3A4) est la principale enzyme responsable de la formation des métabolites oxydatifs.

Élimination

Moins de 20 % de la dose d'indinavir est excrétée dans l'urine sous forme inchangée. L'excrétion urinaire moyenne du médicament sous forme inchangée après l'administration d'une dose unique de 700 mg et de 1 000 mg d'indinavir a été de 10,4 % ± 4,9 % (n = 10) et de 12,0 % ± 4,9 % (n = 10), respectivement. L'indinavir a été rapidement éliminé et sa demi-vie était de 1,8 ± 0,4 heure (n = 10). On n'a pas observé d'accumulation médicamenteuse importante après l'administration de doses multiples de 800 mg toutes les 8 heures.

Populations et situations particulières

Sexe : L'effet du sexe sur la pharmacocinétique de l'indinavir a été évalué chez dix femmes séropositives pour le VIH à qui on a administré 800 mg d'indinavir toutes les 8 heures en association avec 200 mg de zidovudine toutes les 8 heures et 150 mg de lamivudine deux fois par jour pendant une semaine. Les paramètres pharmacocinétiques de l'indinavir observés chez ces femmes ont été comparés à ceux observés chez des hommes séropositifs pour le VIH (données regroupées de témoins historiques). La diminution moyenne en pourcentage de l'ASC_{0-8 h}, de la C_{max} et de la C_{8 h} chez les femmes, comparativement aux hommes, était de 13 %, de 13 % et de 22 %, respectivement. La portée clinique de ces différences dans la pharmacocinétique de l'indinavir en fonction du sexe est inconnue.

Race : Selon des études pharmacocinétiques auxquelles participaient 42 personnes de race blanche (dont 26 séropositives pour le VIH) et 16 personnes de race noire (dont 4 séropositives pour le VIH), la pharmacocinétique de l'indinavir semble similaire chez ces deux groupes.

Insuffisance hépatique : Chez les patients qui présentent une insuffisance hépatique légère ou modérée et des signes cliniques d'une cirrhose, on dispose de données démontrant une baisse du métabolisme de l'indinavir ayant entraîné une augmentation d'environ 60 % de l'ASC moyenne après l'administration d'une dose unique de 400 mg (n = 12). La demi-vie de l'indinavir a été augmentée à 2,8 ± 0,5 heures. Il n'y a pas eu d'études effectuées sur les paramètres pharmacocinétiques de l'indinavir auprès de patients atteints d'une insuffisance hépatique grave (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Insuffisance hépatique attribuable à une cirrhose).

Insuffisance rénale : La pharmacocinétique de l'indinavir n'a pas été étudiée chez les patients présentant une insuffisance rénale.

Pour de plus amples renseignements au sujet de la pharmacocinétique liée aux interactions médicamenteuses, voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Aperçu et PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE, Interactions médicamenteuses.

Femmes enceintes

On a évalué un traitement avec CRIXIVAN[®] à raison de 800 mg toutes les 8 heures (en association avec de la zidovudine à raison de 200 mg toutes les 8 heures et de la lamivudine à raison de 150 mg deux fois par jour) chez 16 patientes infectées par le VIH enceintes depuis 14 à 28 semaines au moment du recrutement (étude PACTG 358). Comme l'exposition observée est beaucoup plus faible avant l'accouchement et comme les données concernant cette population de patientes sont limitées, l'utilisation

de l'indinavir chez les patientes enceintes infectées par le VIH n'est pas recommandée (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières, Femmes enceintes).

L'absorption du sulfate d'indinavir administré par voie orale est rapide. La concentration plasmatique maximale est atteinte en 1 heure et ne dépend pas de la dose administrée. L'absorption d'une dose de 400 mg de sulfate d'indinavir administrée par voie orale est réduite de 78 % lorsque le médicament est pris en même temps qu'un repas standard riche en calories, en matières grasses et en protéines. Le sulfate d'indinavir a une demi-vie relativement courte, soit 1,8 heure. L'accumulation du médicament est très faible à la suite de l'administration d'une dose comprise dans l'éventail posologique, toutes les 8 heures ou toutes les 6 heures.

L'indinavir est largement distribué dans l'organisme et sa fixation aux protéines plasmatiques humaines est d'environ 60 %. Moins de 20 % de la dose d'indinavir est excrétée dans l'urine sous forme inchangée. À la suite d'une dose unique de 400 mg de sulfate d'indinavir, on a observé chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée et des signes cliniques de cirrhose, une aire sous la courbe (ASC) moyenne supérieure d'environ 60 % à celle des sujets en bonne santé et la demi-vie a été augmentée à environ 2,8 heures, en raison de la réduction du métabolisme.

Le traitement au moyen du sulfate d'indinavir doit être amorcé à la posologie entière recommandée afin d'augmenter la suppression de la réplication virale et, de ce fait, d'inhiber l'émergence d'une résistance virale (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION). Aucun réglage de la posologie n'est nécessaire au début du traitement.

STABILITÉ ET ENTREPOSAGE

Conserver le médicament dans un contenant hermétique à la température ambiante (15 °C à 30 °C) et à l'abri de l'humidité. Les gélules de CRIXIVAN[®] sont sensibles à l'humidité. CRIXIVAN[®] doit être délivré et entreposé dans le contenant original. Ne pas retirer le sachet dessiccant du flacon original.

FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT

Composition

Les gélules de sulfate d'indinavir sont présentées sous forme de sulfate éthanolé d'indinavir et sont offertes en teneurs de 200 mg et de 400 mg du principe actif, l'indinavir. La gélule renferme aussi les ingrédients non médicinaux suivants : lactose anhydre (diluant), stéarate de magnésium (lubrifiant); dioxyde de titane et gélatine (constituants de la gélule vide).

Présentation

La gélule CRIXIVAN[®] à 200 mg est semi-translucide, de couleur blanche, et porte la mention CRIXIVAN[™] 200 mg imprimée en bleu. Flacon de 360 avec sachet dessiccant.

La gélule CRIXIVAN[®] à 400 mg est semi-translucide, de couleur blanche, et porte la mention CRIXIVAN[™] 400 mg imprimée en vert. Flacon de 180 avec sachet dessiccant.

Chaque gélule de 200 mg contient 74,8 mg de lactose. Chaque gélule de 400 mg contient 149,6 mg de lactose.

PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

Substance pharmaceutique

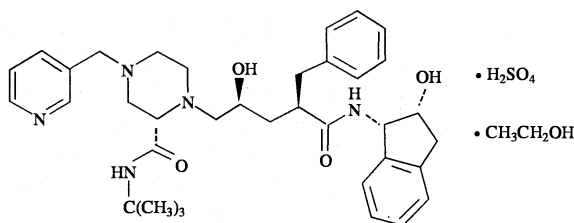
Dénomination commune : sulfate d'indinavir (sous forme de sel éthanolé)

Nom chimique : sulfate de [1(1*S*,2*R*),5(*S*)]-2,3,5-tridéoxy-*N*-(2,3-dihydro-2-hydroxy-1*H*-inden-1-yl)-5-[2-[[[(1,1-diméthyléthyl)amino]carbonyl]-4-(3-pyridinylméthyl)-1-pipérazinyl]-2-(phénylméthyl)-*D*-érythro-pentonamide (1:1) (sous forme de sel).

Formule moléculaire : $C_{36}H_{47}N_5O_4 \cdot H_2SO_4 \cdot CH_3CH_2OH$

Poids moléculaire : 757,94

Formule développée :



Propriétés physicochimiques :

Aspect physique : Le sulfate éthanolé d'indinavir est une poudre cristalline fluide blanche ou blanc cassé.

Solubilité : Très soluble dans l'eau et le méthanol.

ÉTUDES CLINIQUES

Tableau 7
Données démographiques et protocole de l'étude

Étude n°	Protocole de l'étude	Posologie, voie d'administration* et durée	N ^{bre} de sujets (n)	Âge moyen (plage)	Sexe
ACTG 320	Étude multicentrique à double insu et avec répartition au hasard menée en vue de comparer les effets d'un traitement au moyen du sulfate d'indinavir administré en association avec de la zidovudine (ou de la stavudine) et de la lamivudine à celui d'un traitement au moyen de zidovudine (ou de stavudine) et de lamivudine sur l'évolution de l'infection par le VIH vers une maladie liée au SIDA ou la mort.	Indinavir, 800 mg toutes les 8 heures, zidovudine, 200 mg 3 fois par jour, lamivudine, 150 mg 2 fois par jour versus Zidovudine, 200 mg 3 fois par jour, lamivudine, 150 mg 2 fois par jour La durée médiane du suivi a été de 38 semaines et la durée maximale, de 52 semaines.	1 156 patients infectés par le VIH	39 ans (15 à 73 ans)	17 % femmes 28 % race noire 18 % origine hispanique
028	Étude multicentrique à double insu et avec répartition au hasard menée en vue de comparer les effets d'un traitement associant le sulfate d'indinavir et la zidovudine à ceux d'une monothérapie au moyen soit du sulfate d'indinavir, soit de la zidovudine, sur l'évolution de l'infection vers une maladie liée au SIDA ou la mort, et la variation des marqueurs indirects de la réponse au traitement. Les traitements comportant la zidovudine ont été modifiés à l'insu par l'ajout optionnel de lamivudine (à la semaine 40, soit la durée médiane de l'étude).	Indinavir, 800 mg toutes les 8 heures en gélules de 200 mg, plus zidovudine**, 200 mg toutes les 8 heures en gélules de 100 mg versus Indinavir, 800 mg toutes les 8 heures en gélules de 200 mg, plus placebo apparié de zidovudine versus Zidovudine**, 200 mg toutes les 8 heures en gélules de 100 mg, plus le placebo apparié de MK-0639 La durée médiane du suivi a été de 56 semaines et la durée maximale, de 97 semaines.	996 patients séropositifs pour le VIH-1	33 ans (18 à 67 ans)	28 % femmes 11 % race noire 1 % origine asiatique/autre

Tableau 7
Données démographiques et protocole de l'étude

Étude n°	Protocole de l'étude	Posologie, voie d'administration* et durée	N ^{bre} de sujets (n)	Âge moyen (plage)	Sexe
035	Étude multicentrique avec répartition au hasard menée en vue de comparer les effets d'un traitement au moyen du sulfate d'indinavir seul ou en association avec de la zidovudine et de la lamivudine à ceux d'un traitement au moyen de la zidovudine plus la lamivudine sur le nombre de cellules CD4+ et le taux sérique d'ARN viral (marqueurs indirects). Le protocole a été modifié pour que tous les patients reçoivent au su le sulfate d'indinavir plus la zidovudine et la lamivudine, après au moins 24 semaines de traitement dans le cadre de l'étude à double insu et avec répartition aléatoire.	Indinavir, 800 mg toutes les 8 heures, zidovudine, 200 mg toutes les 8 heures, 3TC, 150 mg 2 fois par jour versus Indinavir, 800 mg toutes les 8 heures en monothérapie versus Zidovudine, 200 mg toutes les 8 heures, 3TC, 150 mg 2 fois par jour La durée médiane du suivi à double insu a été de 41 semaines et la durée maximale, de 52 semaines.	97 patients séropositifs pour le VIH-1	40 ans (18 à 67 ans)	15 % femmes 12 % origine hispanique/latino-américaine 10 % race noire 4 % origine asiatique/autre

*Tous les médicaments ont été administrés par voie orale.

**Selon le protocole/la modification de l'étude 028-03, chaque patient recevant de la zidovudine pouvait ajouter la lamivudine (3TC) à raison de 150 mg 2 fois par jour.

Tableau 8
Données démographiques et caractéristiques initiales des études

	Étude ACTG 320		Étude 035			Étude 028		
	IDV+ZDV+3TC	ZDV+3TC	IDV	IDV+ZDV+3TC	ZDV+3TC	IDV	IDV+ZDV	ZDV
Données démographiques								
Âge moyen (ans) (plage)	39,2 (15-73)	39,1 (16-73)	40,2 (27-63)	41,4 (30-62)	38,7 (18-67)	34,4 (18-67)	35,0 (18-66)	34,5 (18-59)
Sexe (%)								
Hommes	471 (82)	485 (84)	24 (77)	31 (94)	27 (82)	238 (72)	242 (73)	239 (72)
Femmes	106 (18)	94 (16)	7 (23)	2 (6)	6 (18)	94 (28)	90 (27)	93 (28)
Race (%)								
Race blanche	303 (53)	295 (51)	22 (71)	26 (79)	23 (70)	287 (86)	297 (89)	289 (87)
Race noire	163 (28)	165 (28)	5 (16)	2 (6)	3 (9)	40 (12)	32 (10)	40 (12)

Tableau 8								
Données démographiques et caractéristiques initiales des études								
	Étude ACTG 320		Étude 035			Étude 028		
	IDV+ ZDV+ 3TC	ZDV+3TC	IDV	IDV+ ZDV+ 3TC	ZDV+ 3TC	IDV	IDV+ZDV	ZDV
Origine hispanique [†]	99 (17)	106 (18)	2 (6)	3 (9)	7 (21)	1 (0)	0 (0)	1 (0)
Autre*	12 (2)	13 (2)	2 (6)	2 (6)	0 (0)	4 (1)	3 (1)	2 (1)
Caractéristiques								
Nombre moyen de cellules CD4 ⁺ /mm ³ (plage) au départ	88,9 (0-348)	84,7 (0-392)	172,3 (51,1-480,0)	183,6 (35-433,0)	168,3 (34,8-400,0)	151,7 (16-498)	153,5 (22-410)	149,9 (32-389)
Taux sérique moyen d'ARN viral (log ₁₀ copies/mL)	ND	ND	4,63	4,58	4,63	4,34	4,50	4,50
Nombre médian de mois d'exposition à la ZDV (plage)	22,0 (3-288)	20,0 (3-312)	32,2 (5,1-87,3)	28,2 (6,3-91,6)	31,2 (6,2-69,1)	S.O.	S.O.	S.O.
[†] Inclut les patients d'origine latino-américaine du Protocole 35 * Inclut les patients d'origine asiatique ND = Résultats non répartis par groupe de traitement; la valeur initiale moyenne pour les deux groupes de traitement est de 4,95 log ₁₀ copies/mL S.O. = Sans objet; protocole incluant des sujets n'ayant jamais reçu d'antirétroviraux								

Résultats des études

Étude ACTG 320

L'étude ACTG 320 était une étude multicentrique à double insu et avec répartition au hasard menée en vue de comparer les effets d'un traitement au moyen du sulfate d'indinavir administré en association avec de la zidovudine (ou de la stavudine) et de la lamivudine à celui d'un traitement au moyen de zidovudine (ou de stavudine) et de lamivudine sur l'évolution de l'infection par le VIH vers une maladie liée au SIDA ou la mort. L'indinavir a été administré à raison de 800 mg toutes les 8 heures, en association avec la zidovudine à raison de 200 mg 3 fois par jour et la lamivudine à raison de 150 mg 2 fois par jour, comparativement au traitement associant la zidovudine à raison de 200 mg 3 fois par jour et la lamivudine à raison de 150 mg 2 fois par jour. Tous les médicaments ont été administrés par voie orale.

Tableau 9			
Étude ACTG 320			
Paramètres primaires et secondaires	IDV+ZDV+3TC	ZDV+3TC	Différence entre les traitements (valeur <i>p</i>)
Évolution de l'infection par le VIH vers une maladie liée au SIDA ou la mort (%) – sem. 48	Estimation Kaplan-Meier : 6,8	Estimation Kaplan-Meier : 13,1	Réduction du risque de 50 (<i>p</i> < 0,001)*
Variation moyenne du nombre de cellules CD4+ (cellules/mm ³) durant le suivi par rapport au départ – sem. 40	61	22	39 (<i>p</i> < 0,001)
Proportion de patients ayant un taux d'ARN viral < 400 copies/mL (%) – sem. 40	45	9	37 (<i>p</i> < 0,001)
*Selon le test des rangs logarithmiques stratifiés			

Selon le protocole d'étude, les patients inscrits n'avaient jamais reçu d'inhibiteur de la protéase ni de lamivudine, mais tous avaient été traités au moyen de zidovudine et présentaient un nombre de cellules CD4+ de 200 cellules/mm³. Le nombre moyen de cellules CD4+ au départ était de 87 cellules/mm³ et la durée médiane du traitement antérieur au moyen de la zidovudine était de 21 mois.

On a observé une évolution vers une maladie liée au SIDA ou un décès chez 33 patients (6 %, n = 577) du groupe traité au moyen de l'association comportant du sulfate d'indinavir comparativement à 63 patients (11 %, n = 579) dans le groupe traité au moyen de l'association d'analogues nucléosidiques. Ces données reflètent une réduction de 50 % du risque d'évolution vers une maladie liée au SIDA ou un décès dans le groupe ayant reçu une association comportant du sulfate d'indinavir par rapport aux patients traités au moyen d'analogues nucléosidiques (*p* = 0,001). Les estimations concernant la proportion de patients dont l'état n'a pas évolué vers une maladie liée au SIDA sont résumées au tableau 9. En tout, on a signalé 10 décès (1,7 %, n = 577) chez les patients traités au moyen de l'association comportant le sulfate d'indinavir comparativement à 19 (3,3 %, n = 579) dans le groupe de patients ayant reçu l'association d'analogues nucléosidiques. Bien que la réduction du risque de mortalité générale reliée au sulfate d'indinavir ait été de 49 %, la différence n'était pas significative du point de vue statistique. Les variations moyennes du nombre de cellules CD4+ sont présentées au tableau 9.

Étude 028

L'étude 028 était une étude multicentrique à double insu et avec répartition au hasard menée en vue de comparer les effets d'un traitement associant le sulfate d'indinavir et la zidovudine à ceux d'une monothérapie au moyen soit du sulfate d'indinavir, soit de la zidovudine, sur l'évolution de l'infection vers une maladie liée au SIDA ou la mort, et la variation des marqueurs indirects de la réponse au traitement.

Les traitements comportant la zidovudine ont été modifiés à l'insu par l'ajout optionnel de lamivudine (à la semaine 40, soit la durée médiane de l'étude). L'indinavir a été administré à raison de 800 mg toutes les 8 heures en gélules de 200 mg, plus la zidovudine à raison de 200 mg toutes les 8 heures administrée en gélules de 100 mg versus l'indinavir administré à raison de 800 mg toutes les 8 heures

en gélules de 200 mg, plus le placebo apparié de zidovudine versus la zidovudine à 200 mg toutes les 8 heures administrée en gélules de 100 mg, plus le placebo apparié de MK-0639. Tous les médicaments ont été administrés par voie orale.

Tableau 10				
Étude 028				
Paramètres primaires et secondaires	IDV+ZDV (+3TC)	IDV	ZDV (+3TC)	Différence entre les traitements (valeur <i>p</i>)
Évolution de l'infection par le VIH vers une maladie liée au SIDA ou la mort (%) – sem. 48	Estimation Kaplan-Meier : 7	Estimation Kaplan-Meier : 6	Estimation Kaplan-Meier : 15	Réduction du risque : IDV+ZDV vs ZDV 70 (<i>p</i> < 0,001)* IDV vs ZDV 61 (<i>p</i> < 0,001)*
Variation moyenne du nombre de cellules CD4+ (cellules/mm ³) durant le suivi par rapport au départ	113	104	22	IDV+ZDV vs ZDV 90 (<i>p</i> < 0,001) IDV vs ZDV 82 (<i>p</i> < 0,001)
Proportion de patients ayant un taux d'ARN viral < 500 copies/mL (%) – sem. 48	39	32	10	IDV+ZDV vs ZDV 29 (<i>p</i> < 0,001) IDV vs ZDV 22 (<i>p</i> < 0,001)
*Selon le test des rangs logarithmiques stratifiés				

Selon le protocole d'étude, aucun des participants n'avait pris antérieurement de médicaments antirétroviraux et le nombre de cellules CD4+ s'échelonnait entre 50 et 250 cellules/mm³. Le nombre moyen de cellules CD4+ au départ était de 152 cellules/mm³ et le taux sérique moyen d'ARN viral était de 4,44 log₁₀ copies/mL (27 824 copies/mL).

On a observé une évolution vers une maladie liée au SIDA ou un décès chez 20 patients (6 %, n = 332) traités au moyen du sulfate d'indinavir plus la zidovudine comparativement à 61 patients (18 %, n = 332) recevant la zidovudine seule. Ceci correspond à une réduction du risque de 70 % en ce qui concerne ces paramètres chez les patients ayant reçu un traitement initial au moyen du sulfate d'indinavir plus la zidovudine par rapport aux sujets traités au départ au moyen de la zidovudine seule (*p* < 0,0001). Chez les sujets traités au moyen du sulfate d'indinavir seul, on a observé 26 cas où l'infection a évolué vers une maladie liée au SIDA ou un décès (8 %, n = 332). Ces données représentent une réduction du risque de 61 % par rapport aux sujets qui ont reçu une monothérapie au moyen de la zidovudine (*p* < 0,0001). Les estimations concernant la proportion de patients dont l'état n'a pas évolué vers une maladie liée au SIDA sont résumées au tableau 10. En tout, on a signalé 8 décès (2,4 %, n = 332) chez les patients traités au moyen de sulfate d'indinavir et de zidovudine, 5 décès (1,5 %, n = 332) chez les sujets ayant reçu le sulfate d'indinavir seul et 11 décès (3,3 %, n = 332) chez les patients ayant reçu la zidovudine seule.

Aucune différence significative du point de vue statistique entre les groupes n'a été mise en évidence quant au risque de décès.

Le tableau 10 présente les variations moyennes du nombre de cellules CD4+, ainsi que la proportion des patients dont le taux sérique d'ARN viral se situait au-dessous de 500 copies/mL, soit le seuil de détection de la méthode utilisée.

Étude 035

L'étude 035 était une étude multicentrique avec répartition au hasard menée en vue de comparer les effets d'un traitement au moyen du sulfate d'indinavir seul ou en association avec de la zidovudine et de la lamivudine à ceux d'un traitement au moyen de la zidovudine plus la lamivudine sur le nombre de cellules CD4+ et le taux sérique d'ARN viral.

Le protocole a été modifié pour que tous les patients reçoivent au su le sulfate d'indinavir, plus la zidovudine et la lamivudine, après au moins 24 semaines de traitement administré dans le cadre d'une étude à double insu et avec répartition aléatoire. L'indinavir a été administré à raison de 800 mg toutes les 8 heures, la zidovudine à raison de 200 mg toutes les 8 heures et le 3TC à raison de 150 mg 2 fois par jour versus l'indinavir à raison de 800 mg toutes les 8 heures en monothérapie versus la zidovudine à raison de 200 mg toutes les 8 heures et le 3TC à raison de 150 mg 2 fois par jour. Tous les médicaments ont été administrés par voie orale.

Tableau 11				
Étude 035				
Paramètre primaire	IDV	IDV+ZDV +3TC	ZDV+3TC	Différence entre les traitements (valeur <i>p</i>)
Variation moyenne du nombre de cellules CD4+ (cellules/mm ³) durant le suivi par rapport au départ	104	102	41	IDV vs ZDV+3TC 64 (<i>p</i> < 0,001) IDV+ZDV+3TC vs ZDV+3TC 62 (<i>p</i> < 0,001)
Proportion de patients ayant un taux d'ARN viral < 500 copies/mL (%) – sem. 40	32	86	0	IDV vs ZDV+3TC 32 (<i>p</i> < 0,001) IDV+ZDV+3TC vs ZDV+3TC 86 (<i>p</i> < 0,001)

Selon le protocole d'étude, aucun des participants n'avait pris antérieurement d'inhibiteur de la protéase ni de lamivudine mais tous avaient déjà reçu de la zidovudine; le nombre de cellules CD4+ s'échelonnait entre 50 et 400 cellules/mm³ et le taux sérique d'ARN viral était 20 000 copies/mL. La durée médiane du traitement antérieur avec la zidovudine était de 29,7 mois. Le nombre moyen de cellules CD4+ au départ était de 175 cellules/mm³ chez tous les patients et le taux sérique moyen d'ARN viral au départ était de 4,62 log₁₀ copies/mL (41 230 copies/mL).

Le tableau 11 présente les variations moyennes du nombre de cellules CD4+, ainsi que la proportion de patients dont le taux sérique d'ARN viral se situait au-dessous de 500 copies/mL, soit le seuil de détection de la méthode utilisée, au cours de la phase à double insu.

PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE

Pharmacocinétique

Absorption chez les adultes

L'indinavir a été rapidement absorbé chez les sujets à jeun et la concentration plasmatique maximale a été atteinte en $0,8 \pm 0,3$ heure (T_{max} ; moyenne \pm É.T.) ($n = 11$). Chez les sujets qui ont reçu le sulfate d'indinavir à des doses s'échelonnant de 200 à 1 000 mg, on a observé une augmentation plus marquée des concentrations plasmatiques d'indinavir que l'augmentation proportionnelle à la dose. À la posologie de 800 mg toutes les 8 heures, l'aire sous la courbe (ASC) des concentrations plasmatiques en fonction du temps à l'état d'équilibre a été de $30\,691 \pm 11\,407$ nM · heure ($n = 16$), la concentration plasmatique maximale (C_{max}) a été de $12\,617 \pm 4\,037$ nM ($n = 16$) et la concentration plasmatique minimale 8 heures après l'administration de la dose a été de 251 ± 178 nM ($n = 16$).

Effet des aliments sur l'absorption après une administration orale

L'administration de l'indinavir en même temps qu'un repas riche en calories, en matières grasses et en protéines (784 kcal, 48,6 g de matières grasses et 31,3 g de protéines) a entraîné une diminution de $77 \% \pm 8 \%$ de l'ASC et de $84 \% \pm 7 \%$ de la C_{max} ($n = 10$). La prise d'un repas léger (p. ex. pain grillé sans matières grasses tartiné de confiture, jus de pomme et café avec du lait écrémé et du sucre, ou encore flocons de maïs avec du lait écrémé et du sucre) n'a entraîné que peu de variation, sinon aucune, quant à l'ASC, à la C_{max} ou à la concentration plasmatique minimale (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Distribution

La fixation de l'indinavir aux protéines plasmatiques humaines a été d'environ 60 % pour une concentration s'échelonnant de 81 nM à 16 300 nM.

Chez les chiens, le rapport concentration moyenne plasmatique fœtale:concentration moyenne plasmatique maternelle a été de 0,49, une heure et deux heures après l'administration de la dose. La distribution de l'indinavir à travers la barrière placentaire a été limitée et le rapport ASC chez le fœtus:ASC dans le plasma maternel a été en moyenne de 0,02 et de 0,2 chez le lapin et chez le rat, respectivement.

Métabolisme

À la suite de l'administration d'une dose de 400 mg de sulfate d'indinavir marqué au ^{14}C , $83 \% \pm 1 \%$ ($n = 4$) et $19 \% \pm 3 \%$ ($n = 6$) de la radioactivité totale a été décelée dans les fèces et dans l'urine, respectivement. Les valeurs de la radioactivité attribuable à la substance mère dans les fèces et dans l'urine ont été de 19,1 % et de 9,4 %, respectivement. Sept métabolites ont été identifiés dont un glucuronide et six métabolites oxydatifs. Des études *in vitro* ont indiqué que le cytochrome P₄₅₀ (CYP3A4) est la principale enzyme qui entre en jeu dans la formation des métabolites oxydatifs.

Élimination

Moins de 20 % de la dose d'indinavir est excrétée dans l'urine sous forme inchangée. L'excrétion urinaire moyenne du médicament sous forme inchangée après l'administration d'une dose unique de 700 mg et de 1 000 mg d'indinavir a été de $10,4 \% \pm 4,9 \%$ ($n = 10$) et de $12,0 \% \pm 4,9 \%$ ($n = 10$), respectivement. L'indinavir a été rapidement éliminé et sa demi-vie était de $1,8 \pm 0,4$ heure ($n = 10$). On n'a pas observé d'accumulation médicamenteuse importante après l'administration de doses multiples de 800 mg toutes les 8 heures.

Insuffisance hépatique attribuable à une cirrhose

Chez les patients qui présentent une insuffisance hépatique légère ou modérée et des signes cliniques d'une cirrhose, on a observé une baisse du métabolisme de l'indinavir ayant entraîné une augmentation d'environ 60 % de l'ASC moyenne après l'administration d'une dose unique de 400 mg ($n = 12$).

La demi-vie de l'indinavir a été augmentée à environ $2,8 \pm 0,5$ heures. Il n'y a pas eu d'études effectuées sur les paramètres pharmacocinétiques de l'indinavir auprès de patients atteints d'une insuffisance hépatique grave (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Insuffisance hépatique attribuable à une cirrhose).

Insuffisance rénale

La pharmacocinétique de l'indinavir n'a pas été étudiée chez les patients présentant une insuffisance rénale.

Interactions médicamenteuses

Tableau 12						
Interactions médicamenteuses; paramètres pharmacocinétiques de CRIXIVAN® en présence de médicaments concomitants						
Médicaments concomitants	Dose (mg) des médicaments concomitants	Dose (mg) de CRIXIVAN®	N	Rapport moyen ou variation (%) des paramètres pharmacocinétiques		
				IC à 90 %; aucun effet = 1,00		
				C _{max}	ASC	C _{min}
Antirétroviraux						
Delavirdine	400 mg 3 f.p.j.	400 mg 3 f.p.j. x 7 jours	28	0,64 ¹ (0,48, 0,86)	Aucun changement significatif ¹	2,18 ¹ (1,16, 4,12)
Delavirdine	400 mg 3 f.p.j.	600 mg 3 f.p.j. x 7 jours	28	Aucun changement significatif	1,53 ¹ (1,07, 2,20)	3,98 ¹ (2,04, 7,78)
Éfavirenz ²	600 mg 1 f.p.j. x 10 jours	1 000 mg 3 f.p.j. x 10 jours	20	Aucun changement significatif ¹	0,67 ¹ (0,61, 0,74)	0,61 ¹ (0,49, 0,76)
		Après la dose du matin				
		Après la dose de l'après-midi				
		Après la dose de la soirée		Aucun changement significatif ¹	0,63 ¹ (0,54, 0,74)	0,48 ¹ (0,43, 0,53)
				0,71 ¹ (0,57, 0,89)	0,54 ¹ (0,46, 0,63)	0,43 ¹ (0,37, 0,50)
Ritonavir	100 mg 2 f.p.j. x 14 jours	800 mg 2 f.p.j. x 14 jours	10, 16 ³	Voir le texte ci-dessous concernant les interactions.		
Ritonavir	200 mg 2 f.p.j. x 14 jours	800 mg 2 f.p.j. x 14 jours	9, 16 ³	Voir le texte ci-dessous concernant les interactions.		
Autres médicaments						
Itraconazole	200 mg 2 f.p.j. x 7 jours	600 mg 3 f.p.j. x 7 jours	12	0,78 ¹ (0,69, 0,88)	0,99 ¹ (0,91, 1,06)	1,49 ¹ (1,28, 1,74)
Kétoconazole	400 mg 1 f.p.j. x 7 jours	600 mg 3 f.p.j. x 7 jours	12	0,69 ¹ (0,61, 0,78)	0,80 ¹ (0,74, 0,87)	1,29 ¹ (1,11, 1,51)
	400 mg 1 f.p.j. x 7 jours	400 mg 3 f.p.j. x 7 jours	12	0,42 ¹ (0,37, 0,47)	0,44 ¹ (0,41, 0,48)	0,73 ¹ (0,62, 0,85)
Rifabutine	150 mg 1 f.p.j. le matin	800 mg 3 f.p.j. x 10 jours	14	0,80 (0,72, 0,89)	0,68 (0,60, 0,76)	0,60 (0,51,

Tableau 12						
Interactions médicamenteuses; paramètres pharmacocinétiques de CRIXIVAN® en présence de médicaments concomitants						
Médicaments concomitants	Dose (mg) des médicaments concomitants	Dose (mg) de CRIXIVAN®	N	Rapport moyen ou variation (%) des paramètres pharmacocinétiques		
				IC à 90 %; aucun effet = 1,00		
				C _{max}	ASC	C _{min}
	x 10 jours					(0,72)
Rifabutine	300 mg 1 f.p.j. le matin x 10 jours	800 mg 3 f.p.j. x 10 jours	10	0,75 (0,61, 0,91)	0,66 (0,56, 0,77)	0,61 (0,50, 0,75)
Rifampine	600 mg 1 f.p.j. le matin x 8 jours	800 mg 3 f.p.j. x 7 jours	12	0,13 (0,08, 0,22)	0,08 (0,06, 0,11)	Non mesurée
Millepertuis (<i>Hypericum perforatum</i>)	300 mg 3 f.p.j. avec les repas x 14 jours	800 mg 3 f.p.j.	8	Non disponible	0,46 (0,34, 0,58) ⁴	0,19 (0,06, 0,33) ⁴
Sildénafil	25 mg en dose unique	800 mg 3 f.p.j.	6	Voir le texte ci-dessous concernant les interactions.		

Toutes les études sur les interactions médicamenteuses ont été menées chez des sujets adultes en bonne santé séronégatifs pour le VIH, à moins d'indication contraire.

¹ Relativement à l'indinavir à 800 mg trois fois par jour en monothérapie.

² Étude menée chez des sujets séropositifs pour le VIH.

³ Comparaison aux données historiques chez 16 sujets ayant reçu l'indinavir en monothérapie.

⁴ IC à 95 %

f.p.j. = fois par jour

Tableau 13						
Pharmacocinétique des médicaments administrés en concomitance avec CRIXIVAN®						
Médicaments concomitants	Dose (mg) des médicaments concomitants	Dose (mg) de CRIXIVAN®	N	Rapport moyen ou variation (%) des paramètres pharmacocinétiques		
				IC à 90 %; aucun effet = 1,00		
				C _{max}	ASC	C _{min}
Antirétroviraux						
Éfavirenz	200 mg 1 f.p.j. x 14 jours	800 mg 3 f.p.j. x 14 jours	20	Aucun changement significatif	Aucun changement significatif	–
Ritonavir	100 mg 2 f.p.j. x 14 jours	800 mg 2 f.p.j. x 14 jours	10, 4 ¹	1,61 (1,13, 2,29)	1,72 (1,20, 2,48)	1,62 (0,93, 2,85)
	200 mg 2 f.p.j. x 14 jours	800 mg 2 f.p.j. x 14 jours	9, 5 ¹	1,19 (0,85, 1,66)	1,96 (1,39, 2,76)	4,71 (2,66, 8,33) n = 9,4

Tableau 13						
Pharmacocinétique des médicaments administrés en concomitance avec CRIXIVAN®						
Médicaments concomitants	Dose (mg) des médicaments concomitants	Dose (mg) de CRIXIVAN®	N	Rapport moyen ou variation (%) des paramètres pharmacocinétiques		
				IC à 90 %; aucun effet = 1,00		
				C _{max}	ASC	C _{min}
Autres médicaments						
Sildénafil	25 mg en dose unique	800 mg 3 f.p.j.	6	Voir le texte ci-dessous concernant les interactions.		
Vardénafil	10 mg en dose unique	800 mg 3 f.p.j.	18	Voir le texte ci-dessous concernant les interactions.		
Toutes les études sur les interactions médicamenteuses ont été menées chez des sujets adultes en bonne santé séronégatifs pour le VIH, à moins d'indication contraire.						
¹ Étude en mode parallèle; nombre de sujets recevant le médicament concomitant + indinavir, nombre de sujets recevant le médicament concomitant seul.						

Delavirdine : La delavirdine inhibe le métabolisme de l'indinavir de telle façon que l'administration conjointe d'une dose de 400 mg ou de 600 mg d'indinavir 3 fois par jour et de 400 mg de delavirdine 3 fois par jour modifie l'ASC, la C_{max} et la C_{min} de l'indinavir (voir Tableau 12). L'indinavir n'a pas affecté la pharmacocinétique de la delavirdine (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Traitement concomitant, Delavirdine), d'après une comparaison des données pharmacocinétiques historiques de la delavirdine.

Inhibiteurs de la PDE-5 (sildénafil, tadalafil, vardénafil) : Comme l'indinavir est un inhibiteur du CYP3A4, l'administration concomitante de CRIXIVAN® avec le sildénafil, le tadalafil ou le vardénafil peut donner lieu à une augmentation des concentrations plasmatiques de ces composés due à l'inhibition compétitive du métabolisme, pouvant accroître le risque de réactions défavorables liées aux inhibiteurs de la PDE-5, y compris l'hypotension, les troubles visuels et le priapisme (voir les renseignements d'ordonnance complets du sildénafil, du tadalafil ou du vardénafil pour connaître les réglages posologiques recommandés par le fabricant). Selon une étude regroupant des hommes infectés par le VIH, l'administration concomitante d'indinavir (800 mg toutes les 8 heures) et de sildénafil (dose unique de 25 mg) a entraîné une augmentation de 4,4 fois de l'ASC moyenne du sildénafil comparativement aux données historiques obtenues lorsque le sildénafil était administré seul. L'administration conjointe d'indinavir et de sildénafil n'a pas entraîné de modifications significatives des concentrations plasmatiques de l'indinavir; l'ASC_{0-8 h} moyenne et la C_{max} moyenne de l'indinavir ont augmenté de 1,1 fois et de 1,4 fois, respectivement, comparativement à l'indinavir administré seul à raison de 800 mg 3 fois par jour. L'administration concomitante d'indinavir (800 mg toutes les 8 heures) et d'une dose unique de 10 mg de vardénafil a augmenté de 16 fois l'ASC, de 7 fois la C_{max} et 2 fois la demi-vie du vardénafil. L'interaction entre le tadalafil et l'indinavir n'a pas été évaluée.

Ritonavir : Comparativement aux valeurs historiques obtenues chez les patients ayant reçu l'indinavir seul à raison de 800 mg toutes les 8 heures, l'administration conjointe chez des volontaires d'indinavir à 800 mg et de ritonavir deux fois par jour pendant deux semaines, avec les repas, a augmenté de 2,7 fois l'ASC_{24 h}, de 1,6 fois la C_{max} et de 11 fois la C_{min} de l'indinavir avec une dose de 100 mg de ritonavir, et de 3,6 fois l'ASC_{24 h}, de 1,8 fois la C_{max} et de 24 fois la C_{min} de l'indinavir avec une dose de 200 mg de

ritonavir. Dans cette même étude, l'administration conjointe biquotidienne d'indinavir (800 mg) et de ritonavir (100 ou 200 mg) a augmenté l'ASC_{24h} du ritonavir, comparativement aux mêmes doses de ritonavir administré seul (voir Tableau 13).

MICROBIOLOGIE

VIROLOGIE

À des concentrations de 50 à 100 nM, l'indinavir a entraîné une inhibition de 95 % (CI₉₅) de la propagation virale (par rapport à des cellules témoins infectées par le virus, mais non traitées) dans les cultures de lymphocytes T humains infectés par plusieurs variants du VIH-1 (LAI, MN et RF) spécifiques à certaines lignées cellulaires. Une inhibition similaire de l'infection par le VIH-1 a été observée dans des cultures primaires de monocytes et de macrophages humains en utilisant un variant du virus (SF 162) démontrant un tropisme pour les macrophages. En outre, des concentrations d'indinavir de 25 à 100 nM ont entraîné une inhibition de 95 % de la propagation virale dans des cultures de cellules humaines mononucléées de la circulation sanguine périphérique activées par un mitogène et infectées par divers isolats cliniques primaires du VIH-1, y compris des mutants résistants aux inhibiteurs de la transcriptase inverse comme la zidovudine et à des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse. Une activité antirétrovirale synergique a été observée lorsque des lymphocytes T humains infectés par le variant LAI du VIH-1 ont été incubés avec l'indinavir et la zidovudine, la didanosine ou un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse.

Résistance au médicament

La suppression des taux d'ARN viral a disparu chez certains patients; cependant, les taux de cellules CD4⁺ sont, dans bien des cas, demeurés au-dessus des valeurs observées avant le traitement. Cette baisse dans la suppression de l'ARN viral a été reliée de façon typique au remplacement du virus sensible par des variants résistants dans la circulation. L'émergence d'une résistance a été corrélée à une accumulation des mutations dans le génome viral, ce qui a donné lieu à l'expression d'acides aminés de substitution dans la molécule de protéase virale.

Au moins onze sites de résidus d'acides aminés de la protéase du VIH-1, dont les substitutions sont reliées à l'émergence d'une résistance, ont été mis en évidence. Aucune substitution isolée ne pouvait provoquer l'apparition d'une résistance quantifiable vis-à-vis l'inhibiteur; l'émergence d'une résistance a été attribuée à l'expression simultanée de multiples substitutions variables. En règle générale, l'expression simultanée d'un plus grand nombre de substitutions aux onze sites déterminés a entraîné un degré plus élevé de résistance. Les substitutions au niveau de ces sites ont semblé s'accumuler de façon séquentielle, probablement en conséquence de la réplication virale en cours.

Il est important de noter que la baisse quant à la suppression des taux d'ARN viral a été observée plus fréquemment lorsque le traitement au moyen du sulfate d'indinavir avait été amorcé à des posologies plus faibles que la posologie recommandée de 2,4 g/jour pour le traitement par voie orale. **Par conséquent, le traitement au moyen du sulfate d'indinavir devrait être amorcé à la posologie exacte recommandée afin d'obtenir une suppression importante de la réplication virale et, ainsi, d'inhiber l'émergence de virus résistants (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).**

Résistance génotypique dans les études cliniques

Dans l'étude 006 portant sur l'évaluation de la gamme posologique, les patients ont d'abord reçu le sulfate d'indinavir à des doses < 2,4 g/jour, puis à une dose de 2,4 g/jour. Par ailleurs, l'étude 019 était une étude comparative avec répartition au hasard dans laquelle les patients ont reçu le sulfate d'indinavir (IDV) à raison de 600 mg toutes les 6 heures, le sulfate d'indinavir plus la zidovudine (ZDV) ou la zidovudine seule. Le tableau 14 présente l'incidence de la résistance génotypique observée dans ces deux études après 24 semaines de traitement.

Tableau 14		
Résistance génotypique après 24 semaines de traitement		
Traitement	Résistance à l'IDV n/N[†]	Résistance à la ZDV n/N[†]
IDV	-	-
< 2,4 g/jour	31/37 (84 %)	-
2,4 g/jour	9/21 (43 %)	1/17 (6 %)
IDV/ZDV	4/22 (18 %)	1/22 (5 %)
ZDV	1/18 (6 %)	11/17 (65 %)

[†]Y compris les patients ayant des résultats négatifs selon la méthode d'amplification de l'ARN viral à la semaine 24 alors qu'à la semaine 0, les résultats étaient positifs.

Résistance croisée

Les isolats provenant de patients infectés par une souche de VIH-1 moins sensible au sulfate d'indinavir présentaient divers schémas et degrés de résistance croisée vis-à-vis différents inhibiteurs de la protéase du VIH, y compris le ritonavir et le saquinavir. Une résistance croisée totale a été observée entre le sulfate d'indinavir et le ritonavir; cependant, la résistance croisée avec le saquinavir a varié selon les isolats. Un grand nombre des substitutions d'acides aminés de la protéase, rapportées comme étant liées à l'émergence d'une résistance au ritonavir et au saquinavir, ont aussi été liées à l'émergence d'une résistance au sulfate d'indinavir. L'administration concomitante du sulfate d'indinavir et d'un analogue nucléosidique (que le patient n'a jamais pris antérieurement) pourrait réduire le risque d'émergence d'une résistance à la fois au sulfate d'indinavir et à l'analogue nucléosidique.

TOXICOLOGIE

Études sur la toxicité aiguë

La DL₅₀ approximative de l'indinavir administré par voie orale est > 5 000 mg/kg chez le rat et la souris et celle de l'indinavir administré par voie intrapéritonéale est ≥ 5 000 mg/kg chez la souris et > 5 000 mg/kg chez le rat.

Études sur la toxicité à long terme

Des cristaux (compatibles avec la substance mère) ont été décelés dans l'urine de rats qui avaient reçu de l'indinavir à des doses ≥ 50 mg/kg/jour. On n'a pas observé de cristallurie chez des singes traités au moyen de l'indinavir à des doses pouvant atteindre 40 mg/kg, administrées deux fois par jour; par contre,

une cristallurie est survenue chez un singe qui avait reçu de l'indinavir à raison de 160 mg/kg deux fois par jour. Aucun cas de cristallurie n'a été observé chez des chiens traités au moyen de l'indinavir à des posologies pouvant atteindre 40 mg/kg/jour, alors qu'on a noté une cristallurie chez un chien qui avait reçu 80 mg/kg/jour. La cristallurie n'a pas été reliée à des anomalies rénales d'origine médicamenteuse; entre autres, aucune augmentation des taux d'azote uréique sanguin ou de créatinine sérique n'a été observée chez les espèces animales évaluées. Par ailleurs, aucune modification histologique n'a été observée dans le tissu rénal chez des rats qui avaient reçu de l'indinavir à des posologies pouvant atteindre 640 mg/kg/jour pendant une période allant jusqu'à 53 semaines, chez des chiens qui avaient reçu des posologies pouvant atteindre 80 mg/kg/jour pendant une période allant jusqu'à 53 semaines et chez des singes qui avaient reçu jusqu'à 160 mg/kg deux fois par jour pendant une période pouvant atteindre 5 semaines. On a observé une augmentation du poids de la thyroïde et une hyperplasie des cellules folliculaires thyroïdiennes attribuables à une augmentation de la clairance de la thyroxine, chez des rats qui avaient reçu de l'indinavir à des doses \geq 160 mg/kg/jour. On a noté une augmentation du poids du foie chez des rats traités au moyen de l'indinavir à des posologies \geq 40 mg/kg/jour, ainsi qu'une hypertrophie hépatocellulaire à des doses \geq 320 mg/kg/jour; cette modification n'était pas accompagnée de signes histologiques de lésion hépatique chez les animaux de cette espèce à des doses pouvant atteindre 640 mg/kg/jour.

Études sur la carcinogénèse

Des études sur les effets carcinogènes de l'indinavir ont été menées chez la souris et le rat. Chez la souris, on n'a observé aucune augmentation de la fréquence des tumeurs de tout type. Les doses les plus élevées dans les études chez la souris ont été de 480 mg/kg/jour (mâles) et de 640 mg/kg/jour (femelles), ce qui correspond à une exposition quotidienne au médicament dans la circulation générale environ 1,7 et 2,6 fois plus élevée, respectivement, que l'exposition observée chez l'humain aux doses quotidiennes recommandées. Chez les rats, on a observé une augmentation de l'incidence des adénomes thyroïdiens à la dose la plus élevée utilisée dans les études, soit 640 mg/kg/jour (mâles et femelles). À cette dose, l'exposition quotidienne au médicament dans la circulation générale est environ 1,3 à 2,3 fois plus élevée que celle observée chez l'humain.

Études sur la mutagénèse

L'indinavir s'est révélé dépourvu d'effets mutagènes ou génotoxiques selon les résultats des épreuves suivantes : épreuve de mutagenèse microbienne *in vitro* (test d'Ames), épreuve par élution alcaline pour la recherche de cassures de l'ADN *in vitro*, recherche *in vitro* et *in vivo* d'aberrations chromosomiques et tests de mutagenèse *in vitro* sur des cellules de mammifères.

Études sur la reproduction et la tératogénèse

On n'a observé aucun effet relié à l'indinavir sur l'accouplement, la fertilité ou la survie des embryons chez les rates qui avaient reçu le médicament à des posologies pouvant atteindre 640 mg/kg/jour, ni aucun effet relié au traitement sur la capacité de s'accoupler chez les rats mâles, aux mêmes posologies. En outre, on n'a noté aucun effet relié au médicament sur la fécondité ou la fertilité des rates non traitées qui ont été accouplées à des rats qui avaient reçu de l'indinavir.

Les résultats d'études évaluant les effets toxiques de l'indinavir sur le développement chez les rats, chez les lapins et chez les chiens (à des doses qui produisent une exposition au médicament dans la circulation générale comparable ou légèrement supérieure à celle observée chez l'humain), n'ont mis en évidence

aucun effet tératogène. On n'a observé aucune modification externe ou viscérale reliée au traitement chez les rats. On a observé des augmentations, reliées au médicament, de l'incidence des côtes surnuméraires par rapport aux témoins chez les rats qui avaient reçu de l'indinavir à des posologies ≥ 160 mg/kg/jour, et de l'incidence des côtes cervicales surnuméraires chez les rats qui avaient reçu de l'indinavir à raison de 640 mg/kg/jour. On n'a signalé aucune modification externe, viscérale ou squelettique, reliée au médicament, chez les lapins ou chez les chiens traités au moyen de l'indinavir. Par ailleurs, on n'a noté aucun effet relié au médicament sur la survie de l'embryon et du fœtus ou sur le poids du fœtus chez les rats, les lapins et les chiens. Des estimations du transfert placentaire de l'indinavir, fondées sur le rapport concentration d'indinavir chez le fœtus:concentration d'indinavir dans le placenta maternel, à des valeurs $\cong T_{\max}$, ont indiqué que l'exposition *in utero* à l'indinavir a été significative chez les rats (valeurs extrêmes : 5 % - 33 %; n = 4) et chez les chiens (valeurs extrêmes : 46 % - 58 %; n = 4). L'absence ou des taux faibles d'indinavir dans le plasma des fœtus chez les lapins n'ont pas permis de faire une estimation du transfert placentaire chez cette espèce animale.

Des études pendant lesquelles des rats ont reçu de l'indinavir à des posologies de 40 ou 640 mg/kg/jour ont démontré que ce médicament est excrété dans le lait maternel des rates. Le rapport indinavir dans le lait:indinavir dans le plasma a été supérieur à 1.

Chez les singes rhésus, l'administration de sulfate d'indinavir à des nouveau-nés a entraîné une légère exacerbation de l'hyperbilirubinémie physiologique transitoire observée chez cette espèce animale après la naissance. L'administration de sulfate d'indinavir au cours du troisième trimestre de la gestation à des guenons rhésus n'a pas entraîné une telle exacerbation chez les nouveau-nés. Le transfert placentaire du sulfate d'indinavir a été cependant limité.

RÉFÉRENCES

1. Balani SK, Arison BH, Mathai L, Kauffman LR, Miller RR, Stearns RA, Chen IW, Lin JH. Metabolites of L-735,524, a Potent HIV-1 Protease Inhibitor in Human Urine. *Drug Metab Dispos* 1995;23(2):266-70.
2. Condra JH, Schleif WA, Blahy OM, Gabryelski LJ, Graham DJ, Quintero JC, Rhodes A, Robbins HL, Roth E, Shivaprakash M, Titus D, Yang T, Teppler H, Squires KE, Deutsch PJ, Emini EA. *In vivo* Emergence of HIV-1 Variants Resistant to Multiple Protease Inhibitors. *Nature* 1995;374:569-71.
3. Dawson JD, Lagakos SW. Analyzing Laboratory Marker Changes in AIDS Clinical Trials. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1991;4:667-76.
4. Dorsey BD, Levin RB, McDaniel SL, Vacca JP, Guare JP, Darke PL, Zugay JA, Emini EA, Schleif WA, Quintero JC, Lin JH, Chen IW, Holloway MK, Fitzgerald PMD, Axel MG, Ostovic D, Anderson PS, Huff JR. L-735,524: The Design of a Potent and Orally Bioavailable HIV Protease Inhibitor. *J Med Chem* 1994;37(21):3443-51.
5. Fichtenbaum CJ, Gerber JG, Rosenkranz SL, Segal Y, Aberg JA, Blaschke T, et al. Pharmacokinetic interactions between protease inhibitors and statins in HIV seronegative volunteers: ACTG Study A5047. *AIDS* 2002;16(4):569-77.
6. Gulick RM, Mellors JW, Havlir D, Eron JJ, Gonzalez C, McMahon D, Richman DD, Valentine FT, Jonas L, Meibohm A, Emini EA, Chodakewitz JA. Treatment with Indinavir, Zidovudine, and Lamivudine in Adults with Human Immunodeficiency Virus Infection and Prior Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 1997;337:734-9.
7. Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, Grimes JM, Demeter LM, Currier JS, Eron JJ, Feinberg JE, Balfour HH, Deyton LR, Chodakewitz JA, Fischl MA, for the AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team. A Controlled Trial of Two Nucleoside Analogues Plus Indinavir in Persons with Human Immunodeficiency Virus Infection and CD4 Cell Counts of 200 Per Cubic Millimeter or Less. *N Engl J Med* 1997;337:725-33.
8. Hsyu P-H, Schultz-Smith MD, Lillibridge JH, Lewis RH, Kerr BM. Pharmacokinetic interactions between nelfinavir and 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors atorvastatin and simvastatin. *Antimicrob Agents Chemother* 2001;45(12):3445-50.
9. Kim BM, Vacca JP, Guare JP, Hanifin CM, Michelson SR, Darke PL, Zugay JA, Emini EA, Schleif W, Lin JH, Chen IW, Vastag K, Ostovic D, Anderson PS, Huff JR. A New Hydroxyethylamine Class of HIV-1 Protease Inhibitors With High Antiviral Potency and Oral Bioavailability. *Bioorg Med Chem* 1994;4(19):2273-8.

10. Kiser JJ, Gerber JG, Predhomme JA, Wolfe P, Flynn DM and Hoody DW. Drug/Drug Interaction Between Lopinavir/Ritonavir and Rosuvastatin in Healthy Volunteers. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;47(5):570-578.
11. Waldman SA, Teppler H, Osborne B, Bjornsson TD, Pomerantz R, Woolf E, Yeh K, Deutsch P, Squires K, Saag M. Pharmacokinetics of L-735,524, an HIV Protease Inhibitor. *Clin Pharmacol Ther* 1994;55(2):195.

**PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR
LE CONSOMMATEUR**

Pr **CRIXIVAN[®]**
gélules de sulfate d'indinavir

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 CRIXIVAN[®] 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 CRIXIVAN[®]. 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

Votre médecin vous a prescrit CRIXIVAN[®] parce que vous êtes infecté par le VIH. CRIXIVAN[®] peut contribuer à réduire le risque de contracter des maladies liées à l'infection par le VIH. CRIXIVAN[®] peut aussi contribuer à réduire la quantité de VIH dans le sang (appelée « charge virale ») et à augmenter le nombre de cellules CD4+ (lymphocytes T). Il se peut que CRIXIVAN[®] n'exerce pas ces effets chez tous les patients.

Le VIH est un virus transmis par du sang contaminé ou lors d'un contact sexuel avec une personne infectée.

Les effets de ce médicament

CRIXIVAN[®] fait partie de la classe de médicaments connus sous le nom d'inhibiteurs de la protéase. Il agit sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), contribuant ainsi à réduire la quantité de virus dans l'organisme.

Les circonstances où il est déconseillé d'utiliser ce médicament

- Ne prenez pas CRIXIVAN[®] si vous présentez une réaction allergique grave à l'un des composants de ce médicament (voir Les ingrédients non médicinaux importants).
- Ne prenez pas CRIXIVAN[®] conjointement avec de l'alfuzosine, de l'atazanavir, de l'alprazolam, de l'amiodarone, du cisapride (n'est plus commercialisé au Canada), des dérivés de l'ergot, de la lovastatine, du midazolam oral (pris par la bouche), du pimozide, de la rifampine, du sildénafil (lorsqu'il est employé pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire), de la simvastatine, du millepertuis (*Hypericum perforatum*) et du triazolam.

L'ingrédient médicinal

Sulfate d'indinavir

Les ingrédients non médicinaux importants

La gélule renferme aussi les ingrédients non médicinaux suivants : lactose anhydre (agent sec de liaison/de remplissage), stéarate de magnésium (lubrifiant); dioxyde de titane et gélatine (constituants de la gélule vide).

Les formes posologiques

CRIXIVAN[®] est offert en gélules semi-translucides de couleur

blanche renfermant 200 ou 400 mg d'indinavir comme principe actif.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Mises en garde et précautions importantes

Des troubles rénaux (lithiase rénale ou lithiase urinaire, p. ex., calculs rénaux) ont été rapportés avec l'emploi de CRIXIVAN[®]. Communiquez immédiatement avec votre médecin si vous présentez des symptômes comme une douleur au flanc (dos), du sang dans vos urines ou une douleur à la miction, lesquels s'accompagnent souvent de fièvre, de nausées ou de vomissements (voir Effets secondaires et mesures à prendre).

Consultez votre médecin AVANT d'utiliser CRIXIVAN[®] :

- Si vous avez ou avez eu des troubles de santé, y compris des troubles hépatiques ou rénaux, le diabète, l'hémophilie ou des taux élevés de cholestérol et que vous prenez des médicaments dont le nom se termine par « statine » pour réduire votre taux de cholestérol.
- Si vous prenez ou avez l'intention de prendre des médicaments, tels les médicaments en vente libre ou les produits de santé naturels, y compris les plantes médicinales et les suppléments alimentaires. Certains médicaments ne doivent pas être pris en même temps que CRIXIVAN[®] ou nécessitent un réglage de la posologie s'ils sont administrés avec CRIXIVAN[®] (voir Interactions médicamenteuses).
- Si vous êtes enceinte ou avez l'intention de le devenir. On ne sait pas si CRIXIVAN[®] est nocif pour le fœtus d'une mère traitée au moyen de ce médicament au cours de la grossesse. Vous ne devez pas prendre CRIXIVAN[®] si vous êtes enceinte à moins que votre médecin ne considère que ce médicament est nettement nécessaire dans votre cas.
- Si vous allaitez ou avez l'intention de le faire. Vous ne devriez pas allaiter votre enfant si vous prenez CRIXIVAN[®]. Consultez votre médecin.
- Si vous souffrez d'une intolérance au galactose, d'un déficit en lactase de Lapp ou d'un syndrome de malabsorption du glucose-galactose. Vous ne devez pas prendre CRIXIVAN[®], car il contient du lactose.

Autres mises en garde

- Vous devez être avisé que CRIXIVAN[®] ne guérit pas l'infection par le VIH et qu'il est possible que des infections ou d'autres maladies liées à l'infection par le VIH surviennent. Par conséquent, vous devez consulter régulièrement votre médecin pendant votre traitement au moyen de CRIXIVAN[®] et lui signaler tous les problèmes de santé que vous avez.

- CRIXIVAN[®] ne prévient pas la transmission du VIH d'une personne infectée à une autre. Afin de protéger les autres personnes, vous devez adopter des pratiques sexuelles sans risque et prendre les précautions nécessaires pour empêcher toute personne d'être en contact avec votre sang et d'autres liquides biologiques.
- Les effets à long terme de CRIXIVAN[®] ne sont pas encore connus. Il n'a pas été démontré que le traitement au moyen de CRIXIVAN[®] réduisait le risque de transmission du VIH à d'autres personnes que ce soit par contact sexuel ou par contamination sanguine.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Les médicaments qui pourraient **ne pas** être pris en même temps que CRIXIVAN[®] car ils peuvent provoquer des réactions graves ou pouvant mettre la vie en danger (comme des troubles du rythme cardiaque ou une somnolence excessive) sont l'amiodarone (p. ex. Cordarone^{*}), l'alprazolam (p. ex. Xanax^{*}), le triazolam (p. ex. Halcion^{*}), le cisapride[†], le midazolam (p. ex. Versed^{*}), le pimozide (p. ex. Orap^{*}), la rifampine (p. ex. Rifadin^{*}, Rifater^{*}, Rimactane^{*}), les médicaments dérivés de l'ergot (p. ex. Cafergot^{*}, Ergomar^{*}, Wigraine^{*}), la lovastatine (p. ex., Mevacor^{*}) et la simvastatine (p. ex., Zocor^{*}). Consultez votre médecin avant de prendre CRIXIVAN[®] en même temps qu'un autre médicament.

Si vous suivez actuellement un traitement au moyen d'inhibiteurs de la protéase, y compris CRIXIVAN[®], vous ne devriez pas prendre certains hypocholestérolémiants dont le nom se termine par « statine » (p. ex. lovastatine, simvastatine, rosuvastatine), car des cas de douleur et de faiblesse musculaires graves sont survenus ou peuvent survenir avec l'administration conjointe de ces deux types de médicaments. Consultez votre médecin si vous avez des questions à ce sujet.

Ne prenez pas CRIXIVAN[®] conjointement avec du millepertuis (*Hypericum perforatum*), un supplément à base de plantes, ou avec des produits contenant du millepertuis, car le millepertuis peut entraîner une réduction de l'effet de CRIXIVAN[®] ou d'autres médicaments utilisés contre l'infection par le VIH.

CRIXIVAN[®] peut être pris en même temps que certains médicaments qui sont couramment prescrits aux personnes infectées par le VIH. Ces médicaments sont, entre autres, la zidovudine (AZT^{*}, p. ex. Retrovir^{*}), la didanosine (ddI, p. ex. Videx^{*}), la lamivudine (p. ex. 3TC^{*}), la stavudine (d4T, p. ex. Zerit^{*}), le fluconazole (p. ex. Diflucan^{*}), l'isoniazide, la clarithromycine (p. ex. Biaxin^{*}), l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole (p. ex. Bactrim^{*}, Roubac^{*}, Septra^{*}) et la méthadone.

D'autres médicaments peuvent être pris en même temps que CRIXIVAN[®], mais il faut modifier la posologie de ces médicaments ou de CRIXIVAN[®] dans ces cas. Ces médicaments

sont, entre autres, la rifabutine (p. ex. Mycobutin^{*}) le kétoconazole (p. ex. Nizoral^{*}), l'itraconazole (p. ex. Sporanox^{*}), la delavirdine (p. ex. Rescriptor^{*}), l'éfavirenz (p. ex. Sustiva^{*}) et le midazolam administré par injection.

Avertissez votre médecin si vous prenez du bosentan, de la colchicine, de la rosuvastatine ou du salmétérol.

Avertissez votre médecin si vous prenez du ritonavir; si vous prenez des bloqueurs des canaux calciques (médicaments pour traiter l'hypertension ou une douleur thoracique); si vous prenez de la venlafaxine (p. ex. Effexor^{*}); si vous prenez de la trazodone (p. ex. Desyrel^{*}); si vous prenez du sildénafil (p. ex. Viagra^{*}), du tadalafil (p. ex. Cialis^{*}) ou du vardénafil (p. ex. Levitra^{*}).

Pouvez-vous conduire un véhicule ou faire fonctionner une machine pendant un traitement au moyen de CRIXIVAN[®]?
On a rapporté certains cas d'étourdissements ou de vision brouillée au cours du traitement au moyen de CRIXIVAN[®]. Si vous présentez ces réactions défavorables, vous devez éviter de conduire un véhicule ou de faire fonctionner une machine.

UTILISATION APPROPRIÉE DE CE MÉDICAMENT

Dose habituelle

CRIXIVAN[®] est présenté sous forme de gélules pour une administration orale. Prenez 800 mg (en règle générale, deux gélules à 400 mg) à intervalles réguliers de 8 heures. CRIXIVAN[®] doit être pris toutes les 8 heures pour être pleinement efficace.

Il est très important de prendre CRIXIVAN[®] exactement comme il a été prescrit pour que le médicament puisse exercer son plein effet. Ne cessez pas votre traitement avec CRIXIVAN[®] avant d'en avoir discuté avec votre médecin.

CRIXIVAN[®] doit être pris avec de l'eau, 1 heure avant ou 2 heures après un repas. Pour les patients qui préfèrent un autre liquide que l'eau, CRIXIVAN[®] peut être pris avec du lait écrémé ou sans matières grasses, du jus, du café ou du thé; il peut être pris aussi avec un repas léger comme du pain grillé sans matières grasses tartiné avec de la confiture ou de la gelée de fruit, du jus et du café avec du lait écrémé ou sans matières grasses et du sucre, ou encore des flocons de maïs avec du lait écrémé ou sans matières grasses et du sucre. Entre ces périodes, vous pouvez suivre votre régime alimentaire normal.

La prise de CRIXIVAN[®] en même temps qu'un repas riche en calories, en matières grasses et en protéines réduit la capacité de l'organisme d'absorber le médicament, ce qui diminue l'efficacité de ce dernier.

Il est important pour les adultes traités au moyen de CRIXIVAN[®] de boire au moins 1,5 litre (environ 48 onces) de liquide chaque jour pour assurer une hydratation adéquate. Cette mesure peut aider à réduire l'incidence de la formation de calculs rénaux (pierres aux reins) (voir EFFETS SECONDAIRES ET MESURES À PRENDRE).

[†] Le cisapride n'est plus commercialisé au Canada.

Lorsque CRIXIVAN[®] et la didanosine sont administrés conjointement, ces deux médicaments doivent être pris à jeun à au moins une heure d'intervalle.

Surdosage

Si vous pensez avoir pris une dose trop élevée de CRIXIVAN[®], communiquez avec votre médecin, le centre antipoison de votre région ou le service des urgences de l'hôpital le plus proche.

En cas de surdosage, communiquez immédiatement avec un professionnel de la santé, le service des urgences d'un hôpital ou le centre antipoison de votre région, même si vous ne présentez aucun symptôme.

Dose oubliée

Prenez CRIXIVAN[®] 3 fois par jour à intervalles réguliers de 8 heures. Cependant, si vous avez omis de prendre une dose depuis plus de deux heures après le moment prévu, ne la prenez pas plus tard dans la journée. Revenez simplement à votre horaire habituel. Ne doublez pas votre dose.

EFFETS SECONDAIRES ET MESURES À PRENDRE

Tout médicament peut provoquer des réactions inattendues ou indésirables, appelées effets secondaires. Il a été démontré que CRIXIVAN[®] est généralement bien toléré. On a rapporté la formation de calculs rénaux qui, dans certains cas, ont mené à des troubles rénaux plus graves, telle une insuffisance rénale. Dans la plupart des cas cependant, le dysfonctionnement rénal et l'insuffisance rénale ont été temporaires et réversibles. Communiquez avec votre médecin si une douleur dorsale intense survient soudainement, qu'il y ait ou non présence de sang dans l'urine attribuable à des calculs rénaux.

On a observé chez des patients traités au moyen de CRIXIVAN[®] une dégradation rapide des globules rouges (appelée anémie hémolytique) qui, dans certains cas, a été grave, et parfois même mortelle.

Certains patients traités au moyen de CRIXIVAN[®] ont présenté des troubles hépatiques, entraînant parfois une insuffisance hépatique et même un décès. Certains de ces patients présentaient d'autres maladies ou suivaient d'autres traitements. Il n'a pas été déterminé si les troubles hépatiques étaient attribuables à la prise de CRIXIVAN[®].

On a aussi observé les réactions défavorables suivantes : faiblesse/fatigue, faible nombre de globules rouges, troubles cardiaques, y compris une crise cardiaque, douleur ou œdème abdominal, inflammation du pancréas, inflammation des reins, infection des reins, diminution de la fonction rénale, diarrhée, troubles gastriques, nausées, étourdissements, maux de tête, sécheresse de la peau, modification de la couleur de la peau, perte des cheveux, ongles incarnés infectés ou non, présence de cristaux dans l'urine, engourdissement de la bouche, éruption cutanée, réactions cutanées graves, réactions allergiques et altération du goût.

On a observé des modifications dans la répartition de la graisse chez certains patients recevant un traitement antirétroviral. Ces changements peuvent se traduire par une augmentation de la graisse

dans la nuque et la région supérieure du dos (« bosse de bison »), les seins et le tronc. On peut aussi observer une perte de graisse aux jambes, aux bras et au visage. On ne connaît pas à l'heure actuelle la cause et les effets à long terme de ces modifications.

On a signalé une augmentation des épisodes de saignements chez certains patients hémophiles.

On a rapporté des cas de diabète et une augmentation du taux de sucre dans le sang (appelée hyperglycémie) chez des patients traités au moyen d'inhibiteurs de la protéase. Chez certains de ces patients, ces réactions ont entraîné une acidocétose, une anomalie grave qui résulte d'un taux de sucre anormal dans le sang. Certains patients souffraient déjà de diabète avant de commencer leur traitement avec des inhibiteurs de la protéase, d'autres pas. Dans certains cas, il a été nécessaire de régler la posologie des médicaments contre le diabète, dans d'autres, il a fallu instaurer un traitement contre le diabète.

Votre médecin a une liste plus complète des effets secondaires.

Avertissez votre médecin immédiatement à l'apparition de ces symptômes ou de tout autre symptôme inhabituel. Si ceux-ci persistent ou s'aggravent, consultez un médecin.

En outre, avertissez votre médecin si vous présentez des symptômes typiques d'une réaction allergique après avoir pris CRIXIVAN[®].

EFFETS SECONDAIRES GRAVES, COMMENT ILS SE MANIFESTENT ET CE QU'IL FAUT FAIRE				
Symptômes / effets		Communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien		Cessez de prendre le médicament et appelez votre médecin ou votre pharmacien
		Cas graves seulement	Tous les cas	
Fréquents	Troubles rénaux, y compris calculs rénaux, insuffisance rénale et symptômes, telles une douleur au dos et la présence de sang dans l'urine		✓	
	Anémie hémolytique (destruction rapide des globules rouges) et symptômes tels que jaunisse et urines foncées		✓	
Peu fréquents	Réaction allergique grave/difficulté à respirer			✓
	Saignements accrus chez les hémophiles		✓	
	Apparition/ aggravation d'un diabète		✓	
Peu fréquents	Hépatite		✓	

Cette liste d'effets secondaires n'est pas complète. Pour tout effet inattendu ressenti lors de la prise de CRIXIVAN[®], veuillez communiquer avec votre médecin ou votre pharmacien.

Autres considérations

Bien que CRIXIVAN[®] ne guérisse pas l'infection par le VIH, il peut contribuer à allonger la période de temps où vous serez exempt de maladies reliées à l'infection par le VIH.

Des signes et des symptômes d'inflammation résultant d'infections antérieures peuvent survenir au début d'un traitement antirétroviral d'association chez certains patients présentant une infection avancée par le VIH (SIDA) et des antécédents d'infections opportunistes.

Consultez votre médecin pour de plus amples renseignements.

COMMENT CONSERVER LE MÉDICAMENT

Protégez de l'humidité.

- Entrez les gélules CRIXIVAN[®] dans le flacon original à la température de la pièce (15 °C à 30 °C).
- Pour protéger les gélules CRIXIVAN[®] de l'humidité, laissez le sachet dessiccant dans le flacon. Gardez le flacon fermé.

Gardez tous les médicaments hors de la portée des enfants.

SIGNALEMENT DES EFFETS SECONDAIRES SOUPÇONNÉS

Vous pouvez signaler tout effet indésirable soupçonné lié à l'utilisation de produits de santé au Programme Canada Vigilance par l'un des trois moyens suivants :

- en ligne à l'adresse www.santecanada.gc.ca/medeffet
- par téléphone (numéro sans frais) : 1-866-234-2345
- en remplissant le Formulaire de déclaration de Canada Vigilance et en le transmettant :
 - par télécopieur (numéro sans frais) : 1-866-678-6789, ou
 - par courrier : Programme Canada Vigilance
Santé Canada
Indice de l'adresse (IA) 0701E
Ottawa, ON K1A 0K9

Des étiquettes prépayées, le Formulaire de déclaration de Canada Vigilance et les lignes directrices pour la déclaration des effets indésirables sont accessibles en ligne sur le site Web de MedEffet^{MC} Canada à l'adresse www.santecanada.gc.ca/medeffet.

ou à Merck Canada Inc. par l'un des deux moyens suivants :

- par téléphone (numéro sans frais) : 1-800-567-2594
- en remplissant le Formulaire de déclaration de Canada Vigilance et en le transmettant :
 - par télécopieur (numéro sans frais) : 1-866-369-3090, ou
 - par courrier : Merck Canada Inc.
Pharmacovigilance
C. P. 1005
Pointe-Claire-Dorval, QC
H9R 4P8

REMARQUE : Si vous avez besoin de renseignements sur la prise en charge des effets secondaires, veuillez communiquer avec votre professionnel de la santé. Ni le Programme Canada Vigilance ni Merck ne fournissent de conseils médicaux.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

Vous pouvez vous procurer ce document et la monographie complète du produit préparée pour les professionnels de la santé à l'adresse :

www.merck.ca

ou en communiquant avec Merck Canada Inc.,
au 1-800-567-2594.

Ce dépliant a été préparé par Merck Canada Inc.

Dernière révision : le 17 avril 2012

[®] Marque déposée de Merck Sharp & Dohme Corp., filiale de **Merck & Co., Inc.**, utilisée sous licence.

© 2012, Merck Canada Inc., filiale de **Merck & Co., Inc.**
Tous droits réservés.

* Les autres marques de commerce sont détenues par leur(s) propriétaire(s) respectif(s).

