

MONOGRAPHIE DE PRODUIT

Pr **SANDOZ QUETIAPINE**

Quétiapine (sous la forme de fumarate de quétiapine)

Comprimés de 25, 100, 200 et 300 mg

Antipsychotique

Sandoz Canada Inc.
145 Jules-Léger
Boucherville, QC, Canada
J4B 7K8

Date de préparation : 15 juillet 2008
Date de révision : 15 octobre 2010

Numéro de contrôle : 141072

Table des matières

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.....	3
RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT.....	3
INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE.....	3
CONTRE-INDICATIONS.....	4
MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS.....	4
EFFETS INDÉSIRABLES.....	14
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES.....	25
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION.....	27
SURDOSAGE.....	29
MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE.....	30
ENTREPOSAGE ET STABILITÉ.....	32
FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT.....	32
PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES.....	34
RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES.....	34
ESSAIS CLINIQUES.....	35
PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE.....	37
TOXICOLOGIE.....	38
RÉFÉRENCES.....	47
PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR.....	49

Pr SANDOZ QUETIAPINE

Comprimés de 25, 100, 200 et 300 mg de quétiapine

(sous la forme de fumarate de quétiapine)

Antipsychotique

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT

Voie d'administration	Forme posologique et concentration	Ingrédients non médicamenteux cliniquement importants
orale	Comprimés pelliculés à 25, 100, 200 et 300 mg quétiapine sous la forme de fumarate de quétiapine	Lactose monohydraté. <i>Pour obtenir une liste complète, veuillez consulter la section sur les Formes posologiques, la Composition et le Conditionnement.</i>

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE

Adultes:

Schizophrénie

Sandoz Quetiapine est indiqué pour le traitement des manifestations de la schizophrénie. L'efficacité antipsychotique de quétiapine a été établie lors d'essais contrôlés de courte durée (6 semaines) auprès de patients hospitalisés (voir PARTIE II : ESSAIS CLINIQUES). L'efficacité à long terme de quétiapine, c'est-à-dire au-delà de 6 semaines, n'a pas été systématiquement évaluée dans les essais contrôlés menés auprès de patients présentant des manifestations de schizophrénie.

Trouble bipolaire

Sandoz Quetiapine est indiqué en monothérapie pour :

- la prise en charge des épisodes maniaques aigus, associés au trouble bipolaire;
- la prise en charge des épisodes dépressifs aigus associés aux troubles bipolaires I et II.

L'efficacité de la quétiapine dans le traitement de la manie bipolaire a été établie lors de deux essais cliniques de 12 semaines auprès de patients souffrant d'un trouble bipolaire (voir PARTIE II : ESSAIS CLINIQUES). L'innocuité et l'efficacité de la quétiapine administré pendant des

périodes prolongées ou à titre prophylactique dans le traitement de la manie bipolaire n'ont pas été évaluées.

L'efficacité de la quétiapine dans le traitement de la dépression bipolaire a été établie lors de quatre essais cliniques de 8 semaines auprès de patients atteints d'un trouble bipolaire I ou II (voir Partie II : ESSAIS CLINIQUES).

Personnes âgées (> 65 ans) : Sandoz Quetiapine n'est pas indiqué chez les patients âgés atteints de démence. Voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Encadré sur les mises en garde et précautions importantes et Cas particuliers.

Enfants (< 18 ans) : L'innocuité et l'efficacité de la quétiapine chez les enfants de moins de 18 ans n'ont pas été établies.

CONTRE-INDICATIONS

Quétiapine est contre-indiqué chez les patients ayant une hypersensibilité connue au médicament ou à l'un de ses ingrédients. Voir la section FORMES PHARMACEUTIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT pour connaître la liste complète des ingrédients.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Mises en garde et précautions importantes

Mortalité accrue chez les patients âgés atteints de démence Le risque de décès chez les patients âgés atteints de démence et traités avec des antipsychotiques atypiques est plus élevé que chez les patients recevant un placebo. L'analyse de 13 essais contrôlés par placebo portant sur plusieurs antipsychotiques atypiques (durée modale de 10 semaines) et regroupant ce type de patients a révélé un risque de décès moyen 1,6 fois plus élevé chez les patients traités par le médicament. Bien que les causes de décès aient été variées, la plupart semblaient être d'origine cardiovasculaire (p. ex. insuffisance cardiaque, mort subite) ou infectieuse (p. ex. pneumonie) (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Cas particuliers, Emploi chez les patients âgés atteints de démence).

Généralités

Régulation de la température corporelle : Bien que certains antipsychotiques semblent pouvoir entraîner un dérèglement de la capacité de l'organisme à réduire la température centrale, ce problème n'a pas été observé avec la quétiapine. Des précautions particulières sont nécessaires chez les patients pouvant être exposés à des situations qui contribuent à une élévation de la température centrale (p. ex. activité physique poussée, exposition à la chaleur extrême), qui

prennent déjà des médicaments ayant une activité anticholinergique ou qui sont susceptibles à la déshydratation.

Symptômes de sevrage aigus (arrêt du traitement) : Des symptômes de sevrage aigus, comme de l'insomnie, des nausées, des maux de tête, de la diarrhée, des vomissements, des étourdissements et de l'irritabilité ont été décrits après l'arrêt brusque de la prise d'antipsychotiques, y compris de la quétiapine. Un retrait graduel au cours d'une période d'au moins une ou deux semaines est recommandé. Ces symptômes disparaissent habituellement une semaine après l'arrêt du traitement.

Cancérogenèse et mutagenèse

Pour les données sur les animaux, voir PARTIE II : TOXICOLOGIE.

Troubles cardiovasculaires

Hypotension et syncope : Comme pour les autres médicaments dont l'activité de blocage des récepteurs α 1-adrénérgiques est forte, la quétiapine peut provoquer une hypotension orthostatique, des étourdissements et parfois une syncope, en particulier durant la période initiale d'ajustement posologique. Ces troubles peuvent provoquer des chutes.

On a observé des cas de syncope chez 1 % (35/4083) des patients traités par quétiapine contre 0,3 % (3/1006) des patients du groupe placebo et 0,4 % (2/527) des patients du groupe témoin prenant des médicaments actifs. Il est possible de réduire le risque d'hypotension et de syncope par un ajustement posologique plus progressif en vue d'atteindre la dose cible (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION). La quétiapine doit être administré avec prudence aux patients souffrant de maladies cardiovasculaires connues (p. ex. antécédents d'infarctus du myocarde ou de cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque ou troubles de la conduction), de maladies vasculaires cérébrales ou d'autres affections les prédisposant à l'hypotension (p. ex. déshydratation, hypovolémie et traitement par des antihypertenseurs) (voir SURDOSAGE).

Élévation des taux de cholestérol et de triglycérides : Des cas très fréquents (≥ 10 %) de hausses des concentrations sériques de triglycérides ($\geq 2,258$ mmol/L au moins à une occasion), de hausses du cholestérol total (surtout du cholestérol LDL) ($\geq 6,2064$ mmol/L au moins à une occasion) et de baisses du cholestérol HDL ($< 1,025$ mmol/L chez les hommes; $< 1,282$ mmol/L chez les femmes, à n'importe quel moment) ont été observés au cours du traitement par la quétiapine dans des essais cliniques (voir EFFETS INDÉSIRABLES). Les changements lipidiques doivent être pris en charge lorsque la situation clinique l'indique.

Dans des essais de courte durée contrôlés par placebo sur le traitement de la schizophrénie, les patients traités par la quétiapine ont présenté des augmentations moyennes des taux de cholestérol, de triglycérides de 11 % et de 17 %, respectivement, par rapport aux valeurs de départ, alors qu'on a observé des baisses moyennes de ces taux chez les patients traités par placebo. Le taux de cholestérol LDL n'a pas été mesuré pendant ces essais.

Dans des essais de courte durée contrôlés par placebo sur la dépression bipolaire, le taux moyen

de cholestérol s'est abaissé de 0,7 % par rapport au départ et le taux moyen de triglycérides s'est accru de 12 % par rapport au départ chez les patients traités par la quétiapine comparativement à des baisses de 1,8 % du taux moyen de cholestérol et des hausses de 2 % du taux moyen de triglycérides chez les patients sous placebo.

Allongement de l'intervalle QT : Dans les essais cliniques, la quétiapine n'a pas été associée à un allongement persistant de l'intervalle QT absolu. Toutefois, après la commercialisation du produit, il y a eu des rapports de cas d'allongement de l'intervalle QT avec des surdoses (voir SURDOSAGE). Tout comme avec les autres antipsychotiques, la prudence est de mise lorsque la quétiapine est prescrite à des patients atteints de maladie cardiovasculaire ou qui présentent des antécédents familiaux d'allongement de l'intervalle QT. La prudence est aussi de mise lorsque la quétiapine est prescrite avec des médicaments dont on sait qu'ils allongent l'intervalle QT ou avec des neuroleptiques, surtout chez les patients qui présentent un risque accru d'allongement de l'intervalle QT, soit les patients âgés, les patients atteints du syndrome du QT long congénital, d'insuffisance cardiaque congestive, d'hypertrophie cardiaque, d'hypokaliémie ou d'hypomagnésémie (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).

Troubles endocriniens et métaboliques

Hyperglycémie : Comme avec certains autres antipsychotiques, de rares cas ($\geq 0,01$ % - $< 0,1$ %) d'hyperglycémie et de diabète (y compris d'exacerbation d'un diabète préexistant, d'acidocétose diabétique et de coma diabétique, dont des cas mortels), ont été rapportés pendant un traitement par la quétiapine après sa commercialisation, parfois chez des patients sans antécédent signalé d'hyperglycémie (voir EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables signalés après la commercialisation du produit).

Dans des études cliniques portant sur la quétiapine, des hausses de la glycémie, de l'hyperglycémie ainsi que des rapports occasionnels de diabète ont été signalés (voir EFFETS INDÉSIRABLES, Anomalies des résultats hématologiques et biochimiques).

L'évaluation de la relation entre l'emploi d'un antipsychotique atypique et les troubles de la glycémie est complexe en raison de la possibilité d'un risque accru de diabète chez les patients souffrant de schizophrénie et de l'augmentation de l'incidence du diabète dans la population générale. Étant donné ces facteurs de confusion, la relation entre l'emploi d'un antipsychotique atypique et les manifestations indésirables liées à l'hyperglycémie n'est pas entièrement élucidée. Toutefois, les études épidémiologiques laissent entendre qu'il y aurait un risque accru de manifestations indésirables liées à l'hyperglycémie survenant au cours du traitement chez les patients traités par antipsychotique atypique. Il n'y a pas d'estimations précises du risque de manifestations indésirables liées à l'hyperglycémie chez les patients traités par antipsychotique atypique.

Il faut surveiller les symptômes d'hyperglycémie chez tous les patients traités par antipsychotique atypique, y compris la polydipsie, la polyurie, la polyphagie et la faiblesse. Les patients qui commencent à présenter des symptômes d'hyperglycémie pendant un traitement avec un antipsychotique atypique devraient subir un test de glycémie à jeun. Dans certains cas, l'hyperglycémie s'est résolue lorsqu'on a mis fin au traitement par antipsychotique atypique;

cependant, certains patients ont dû continuer à prendre un antidiabétique malgré la fin du traitement avec le médicament soupçonné. Les patients présentant des facteurs de risque de diabète (p. ex. une obésité ou des antécédents familiaux de diabète) qui débutent un traitement avec un antipsychotique atypique devraient subir un test de glycémie à jeun au début du traitement et de manière régulière au cours de leur thérapie. On doit surveiller régulièrement les patients ayant un diagnostic établi de diabète qui commencent un traitement par antipsychotique atypique pour déceler une détérioration de l'équilibre glycémique.

Hyperprolactinémie : Au cours des essais cliniques sur la quétiapine, on a observé une augmentation du taux de prolactine chez 3,6 % (158/4416) des patients traités par la quétiapine comparativement à 2,6 % (51/1968) des patients sous placebo (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

Des augmentations du taux de prolactine ont été observées dans des essais de ce médicament sur des rats. Comme cela est souvent le cas avec des composés qui stimulent la libération de prolactine, l'administration de la quétiapine a entraîné une augmentation de l'incidence des néoplasmes mammaires chez les rats. Compte tenu des différences physiologiques entre les rats et les humains sur le plan de la prolactine, la signification clinique de ces observations reste floue. À ce jour, aucune étude clinique ou épidémiologique n'a mis en évidence une association entre l'administration prolongée de médicaments stimulant la libération de prolactine et la tumorigenèse mammaire. Les expérimentations de culture tissulaire indiquent cependant qu'environ un tiers des cancers du sein humains sont liés à la prolactine *in vitro*, ce qui pourrait être un facteur d'importance si la prescription de ces médicaments est envisagée chez des patients présentant un cancer du sein antérieurement détecté.

Les manifestations possibles associées à l'augmentation du taux de prolactine sont l'aménorrhée, la galactorrhée et la ménorragie.

Dans l'essai clinique où de multiples doses fixes ont été administrées à des patients schizophrènes, il n'y avait aucune différence à la fin de l'étude quant aux taux de prolactine entre le placebo et la quétiapine, sur toute la gamme de doses recommandées.

Hypothyroïdie : Les essais cliniques sur le traitement de la schizophrénie ont démontré que la quétiapine est associé à une baisse reliée à la dose du taux de thyroxine libre et totale (T₄). En moyenne, la quétiapine a été associé à une réduction moyenne de 20 % du taux de T₄ (libre et totale). Quarante-deux pour cent des patients traités par la quétiapine ont présenté une réduction d'au moins 30 % du taux de T₄ totale et 7 % ont présenté une réduction d'au moins 50 %. La réduction maximale du taux de thyroxine est survenue généralement au cours des deux à quatre premières semaines de traitement par quétiapine. Ces réductions ont été maintenues sans adaptation ni évolution au cours du traitement prolongé. Les baisses de T₄ n'ont pas été associées à des modifications systématiques de la TSH ni à des signes ou symptômes cliniques d'hypothyroïdie. Environ 0,4 % (12/2595) des patients traités par la quétiapine (résultats groupés des études chez des patients schizophrènes et des patients atteints de manie bipolaire) ont présenté des augmentations persistantes de TSH, et 0,25 % des patients ont été traités par thérapie thyroïdienne substitutive.

Gain pondéral : Dans les essais cliniques contrôlés (jusqu'à 6 semaines) chez des patients

schizophrènes, la prise de poids moyenne a été d'environ 2,3 kg contre 0,1 kg chez les patients recevant un placebo (n = 427). Dans des essais de prolongation, ouverts, au cours desquels la quétiapine a été administré en monothérapie, le gain pondéral moyen était de 1,58 kg (n = 170) après 9 à 13 semaines. Après 53 à 78 semaines de traitement, le gain pondéral moyen était de 1,98 kg (n = 137). Ces données proviennent d'essais ouverts et non contrôlés; la pertinence de ces observations sur la pratique clinique est inconnue. Le changement pondéral en fonction du temps ne semble pas dépendre de la dose de quétiapine (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

Dans les essais cliniques contrôlés par placebo sur le traitement aigu de la manie bipolaire (d'une durée allant jusqu'à 12 semaines), le gain pondéral moyen chez les patients sous quétiapine était de 1,8 kg comparativement à une perte de poids moyenne de 0,1 kg chez les patients prenant le placebo. Chez les patients qui se sont rendus au terme des 12 semaines de traitement, le gain pondéral moyen associé à la quétiapine était de 2,8 kg.

Dans des essais cliniques contrôlés par placebo sur le traitement aigu de la dépression bipolaire (8 semaines), le gain pondéral moyen chez les patients sous quétiapine était de 1,15 kg comparativement à un gain pondéral moyen de 0,1 kg chez les patients sous placebo. Durant le traitement d'entretien, les patients sous quétiapine à 300 mg ou un placebo ont perdu en moyenne 0,1 kg et 0,6 kg, respectivement alors que les patients sous quétiapine à 600 mg ont pris en moyenne 0,8 kg. Chez les patients qui ont achevé 40 et 54 semaines sous traitement d'entretien, on a observé une faible perte de poids dans les groupes sous quétiapine à 300 mg (-0,2 kg) et placebo (-0,8 kg) alors que les patients du groupe sous quétiapine à 600 mg ont pris en moyenne 1,2 kg (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

Selon la base de données cumulatives sur les essais cliniques contrôlés par placebo sur le traitement aigu, un gain pondéral a été constaté (gain pondéral ≥ 7 % par rapport aux données de départ) chez 9,6 % des patients traités par la quétiapine, comparativement à 3,8 % des patients sous placebo. Chez l'adulte, la prise de poids survient surtout au cours des premières semaines de traitement (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

Troubles digestifs

Effet antiémétique : La quétiapine peut avoir un effet antiémétique compatible avec ses effets antidopaminergiques. Cet effet pourrait masquer des signes de toxicité dus au surdosage d'autres médicaments ou des symptômes d'autres maladies, notamment une tumeur cérébrale ou une occlusion intestinale.

Dysphagie et pneumonie d'aspiration : La dysphagie et l'aspiration ont été signalées avec la quétiapine. Bien qu'une relation de cause à effet n'ait pas été établie avec la pneumonie d'aspiration, la quétiapine doit être utilisée avec prudence chez les patients à risque de pneumonie d'aspiration (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Cas particuliers et EFFETS INDÉSIRABLES).

Troubles hématologiques

Neutropénie : Des cas peu courants de neutropénie grave ($< 0,5 \times 10^9/L$) ont été signalés dans

les études cliniques sur la quétiapine, sans qu'il semble y avoir de relation dose-effet. Les facteurs de risque possibles de leucopénie et/ou de neutropénie sont : faible numération leucocytaire préexistante et antécédents de leucopénie et/ou de neutropénie d'origine médicamenteuse. Il faut mettre fin au traitement par quétiapine dans les cas où la numération de neutrophiles s'abaisse en deçà de $1,0 \times 10^9/L$. On doit garder ces patients sous observation pour surveiller l'apparition de signes et symptômes d'infection et pour assurer un suivi de la numération de neutrophiles jusqu'à ce que celle-ci dépasse $1,5 \times 10^9/L$ (voir EFFETS INDÉSIRABLES, Anomalies des résultats hématologiques et biochimiques et Effets indésirables signalés après la commercialisation du produit).

Troubles hépatiques

Insuffisance hépatique : On a observé une diminution de la clairance de la quétiapine en présence d'insuffisance hépatique légère (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Cas particuliers). Dans les cas d'insuffisance hépatique légère, entreprendre le traitement avec 25 mg/jour. Ensuite, on peut augmenter la dose par paliers de 25 à 50 mg/jour jusqu'à la dose efficace, en fonction de la tolérance et de la réponse clinique du patient. On ne dispose d'aucune donnée pharmacocinétique sur une dose en particulier de la quétiapine chez les patients qui présentent une insuffisance modérée ou grave. Toutefois, si un traitement par la quétiapine est jugé nécessaire par le clinicien, le médicament doit être utilisé avec grande prudence dans les cas d'insuffisance hépatique modérée ou grave (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Cas particuliers et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Élévations des transaminases : Au cours des essais cliniques précédant la commercialisation, le traitement par la quétiapine a été associé à une élévation des transaminases hépatiques, plus particulièrement de l'ALT. Dans une base de données provenant d'essais cliniques, des 1892 patients schizophrènes traités par la quétiapine et dont les taux de départ d'ALT étaient inférieurs à 60 UI/L, 5,3 % (101/1892) présentaient, au cours du traitement, des taux d'ALT dépassant 120 UI/L, 1,5 % (29/1892) des taux > 200 UI/L et 0,2 % (3/1892) des taux > 400 UI/L. Aucun patient ne présentait des valeurs supérieures à 800 UI/L. Aucun des patients traités par la quétiapine présentant des taux élevés de transaminases n'a manifesté de symptomatologie clinique associée à une insuffisance hépatique. La plupart des élévations des taux de transaminases ont été observées au cours des deux premiers mois de traitement. La majorité ont été passagères (80 %) pendant la poursuite du traitement par la quétiapine. Sur les 101 patients traités par la quétiapine dont les taux enzymatiques ont augmenté à > 120 UI/L, 40 ont arrêté le traitement alors que leur taux d'ALT était toujours élevé. Chez 114 patients traités par la quétiapine ayant un taux d'ALT de départ > 90 UI/L, un seulement a connu une élévation à > 400 UI/L.

Dans les essais portant sur le traitement des troubles bipolaires, les proportions de patients présentant une élévation des transaminases à plus de 3 fois la limite supérieure de la normale était de 1 % environ, chez les patients traités par la quétiapine comme chez ceux qui avaient pris le placebo.

Il faut administrer la quétiapine avec précaution chez les patients présentant des troubles hépatiques préexistants, ceux qui prennent des médicaments potentiellement hépatotoxiques ou

en cas d'apparition de signes ou de symptômes d'insuffisance hépatique au cours du traitement.

Chez les patients ayant une fonction hépatique anormale connue ou soupçonnée avant l'instauration du traitement par la quétiapine, il est recommandé de procéder à une évaluation clinique standard, en particulier de mesurer les taux de transaminases. La réévaluation clinique à intervalles réguliers des taux de transaminases est recommandée chez ces patients, de même que chez ceux qui présentent des signes ou des symptômes évocateurs d'une maladie hépatique d'apparition récente pendant le traitement par la quétiapine.

Troubles neurologiques

Syndrome malin des neuroleptiques (SMN) : Le syndrome malin des neuroleptiques est un ensemble potentiellement mortel de symptômes qui a été observé avec l'emploi d'antipsychotiques, dont quétiapine.

Les manifestations cliniques du SMN sont l'hyperthermie, la rigidité musculaire, l'altération de la santé mentale ainsi que des signes d'instabilité neurovégétative (irrégularité du pouls ou de la tension artérielle, tachycardie, diaphorèse et dysrythmie cardiaque). Les autres signes peuvent inclure une hausse de la créatine phosphokinase, une myoglobulinurie (rhabdomyolyse) et une insuffisance rénale aiguë.

Pour poser un diagnostic, il importe d'identifier les cas où le tableau clinique inclut à la fois une maladie grave (p. ex. pneumonie, infection générale, etc.) et des signes ou des symptômes extrapyramidaux non traités ou traités insuffisamment. Parmi les autres considérations importantes du diagnostic différentiel, citons la toxicité anticholinergique centrale, le coup de chaleur, la fièvre médicamenteuse et toute pathologie primaire du système nerveux central.

La prise en charge du SMN doit comprendre l'arrêt immédiat de tout médicament antipsychotique, y compris la quétiapine, ainsi que l'abandon des autres médicaments non essentiels au traitement concomitant, le traitement symptomatique intensif et la surveillance médicale, de même que le traitement de tous problèmes médicaux concomitants graves pour lesquels il existe des traitements spécifiques. Il n'y a pas actuellement de consensus quant au traitement pharmacologique spécifique du SMN non compliqué.

La décision de réinstaurer un antipsychotique dans le schéma thérapeutique des patients ayant récupéré d'un SMN doit être mûrement réfléchi. En outre, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite en raison du risque de récurrence du SMN.

Dyskinésie tardive (DT) et symptômes extrapyramidaux (SEP) : La dyskinésie tardive est un syndrome potentiellement irréversible consistant en mouvements dyskinétiques involontaires, qui peut se développer chez les patients qui prennent des antipsychotiques, y compris la quétiapine. Bien que la prévalence de ce syndrome semble plus élevée chez les sujets âgés, en particulier chez les femmes, il est impossible de se fier aux estimations pour déterminer quels patients risquent d'être atteints d'une dyskinésie tardive.

Dans des études contrôlées par placebo menées auprès de patients schizophrènes ou atteints de

manie bipolaire, l'incidence des SEP était comparable à celle observée avec le placebo, et ce, pour toute la gamme posologique thérapeutique recommandée. Selon une hypothèse, les médicaments comportant un risque moins important de SEP auraient également moins de chances de provoquer une dyskinésie tardive. Cette relation prédit que la quétiapine est moins susceptible que les agents antipsychotiques typiques d'induire une dyskinésie tardive chez les patients schizophrènes ou atteints de manie bipolaire. Dans des études de courte durée et contrôlées par placebo portant sur la dépression bipolaire, l'incidence des SEP était plus élevée dans le groupe quétiapine que dans le groupe placebo (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

On estime que le risque de dyskinésie tardive et la probabilité qu'elle devienne irréversible augmentent proportionnellement à la prolongation du traitement et à l'augmentation de la dose totale cumulative des antipsychotiques administrés. Cependant, le syndrome peut se manifester, quoique bien plus rarement, après l'administration de faibles doses pendant des périodes relativement brèves.

Il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement pour les cas confirmés de dyskinésie tardive, bien que le syndrome puisse s'atténuer partiellement ou même disparaître à l'arrêt du traitement antipsychotique. En soi, l'antipsychotique peut supprimer (ou partiellement supprimer) les signes et symptômes du syndrome et, par conséquent, masquer le processus pathologique sous-jacent. L'effet de cette suppression des symptômes sur l'évolution au long cours du syndrome demeure inconnu.

À la lumière de ces observations, la quétiapine doit être prescrite de façon à réduire au minimum le risque de dyskinésie tardive. Le traitement antipsychotique de longue durée doit en général être réservé aux patients qui semblent souffrir d'une maladie chronique répondant aux antipsychotiques, et pour lesquels d'autres traitements, aussi efficaces mais potentiellement moins nuisibles, ne sont pas disponibles ou appropriés. Chez les patients qui ont besoin d'un traitement prolongé, la dose la plus petite et la durée la plus courte du traitement produisant une réponse clinique satisfaisante doivent être préconisées. La nécessité de poursuivre le traitement doit être réévaluée périodiquement.

Si des signes et des symptômes de dyskinésie tardive apparaissent chez un patient prenant de la quétiapine, il faut envisager de réduire la dose ou de mettre fin au traitement. Il se peut que certains patients doivent prendre de la quétiapine en dépit de ces symptômes de dyskinésie. Les symptômes de dyskinésie tardive peuvent s'aggraver ou apparaître après l'arrêt du traitement (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

Convulsions : Les essais cliniques contrôlés n'ont révélé aucune différence quant à l'incidence des crises convulsives chez les patients schizophrènes recevant de la quétiapine ou un placebo (incidence de 0,4 % ou 3 crises par 100 années-patients pour les patients traités par la quétiapine, contre 0,5 % ou 6,9 crises par 100 années-patients avec le placebo). Néanmoins, comme c'est aussi le cas pour les autres antipsychotiques, la prudence est de rigueur chez les patients ayant des antécédents de crises épileptiques ou présentant des affections associées à un seuil convulsif abaissé (voir EFFETS INDÉSIRABLES).

Effet possible sur les fonctions cognitives et motrices : La somnolence a été un effet

indésirable très fréquent chez les patients traités par la quétiapine, en particulier au cours de la période initiale d'ajustement posologique. La quétiapine pouvant avoir des effets sédatifs et altérer les aptitudes motrices, les patients doivent être particulièrement prudents avant d'entreprendre des activités exigeant une grande vigilance comme conduire un véhicule ou utiliser des machines dangereuses, tant qu'ils ne seront pas raisonnablement certains que le traitement par la quétiapine n'a pas d'effets négatifs sur leur vigilance. La somnolence peut provoquer des chutes.

Troubles oculaires

Cataractes : L'apparition de cataractes a été observée en association avec le traitement par la quétiapine dans des études prolongées sur des chiens recevant quatre fois la dose maximale recommandée chez l'humain. Des modifications au niveau du cristallin ont également été observées chez les patients suivant un traitement de longue durée par la quétiapine sans qu'il ait toutefois été possible d'établir un lien de causalité avec la quétiapine. La possibilité de modifications cristalliniennes pendant l'emploi prolongé de la quétiapine, chez l'humain n'est donc pas pour l'instant à exclure. Des examens ophtalmologiques (p. ex. lampe à fente) avant ou peu après l'instauration du traitement par la quétiapine puis tous les 6 mois, sont recommandés. Si des modifications cliniquement significatives du cristallin associées à la quétiapine sont observées, l'arrêt du traitement doit être envisagé.

Troubles psychiatriques

Suicide/idées suicidaires ou aggravation clinique : Les épisodes dépressifs sont associés à un risque accru d'idées suicidaires, d'automutilation et de suicide (manifestations liées au suicide). Ce risque persiste jusqu'à une rémission significative de la dépression. Comme leur état ne s'améliorera peut-être pas au cours des premières semaines du traitement ou même au-delà, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite jusqu'à ce qu'une amélioration se manifeste. D'après l'expérience clinique générale, le risque de suicide peut augmenter au cours des premiers stades du rétablissement. En plus des épisodes dépressifs liés au trouble bipolaire, la dépression peut apparaître en concomitance avec la schizophrénie.

La schizophrénie et les épisodes maniaques associés au trouble bipolaire peuvent également être associés à un risque accru de manifestations liées au suicide. Les patients à risque élevé doivent donc faire l'objet d'une surveillance étroite et d'une prise en charge clinique appropriée en plus de leur traitement pharmacologique.

Les patients ayant des antécédents de manifestations liées au suicide présentent aussi un risque accru d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide; il faut donc les suivre de près pendant le traitement.

Dans des essais cliniques contrôlés par placebo sur la dépression bipolaire avec la quétiapine, la fréquence d'idées suicidaires ou de comportements suicidaires apparaissant durant le traitement, telle que mesurée par le Columbia Analysis of Suicidal Behaviour, était de 1,5 % pour les patients sous quétiapine et de 2,0 % pour les patients sous placebo.

Troubles rénaux

À l'exception d'une étude portant sur une faible dose unique (subclinique) (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Cas particuliers), les données sur l'emploi de la quétiapine chez des insuffisants rénaux sont rares. La quétiapine doit donc être administré avec prudence dans les cas connus d'insuffisance rénale, en particulier au cours de la période initiale d'ajustement posologique (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Cas particuliers

Grossesse :

Il y a lieu de signaler aux patientes qu'elles doivent prévenir leur médecin traitant si elles deviennent enceintes ou envisagent une grossesse pendant le traitement par la quétiapine. L'efficacité et l'innocuité de la quétiapine pendant la grossesse n'ont pas été établies. Par conséquent, la quétiapine ne doit être administré pendant la grossesse que si les bienfaits escomptés justifient les risques possibles.

Allaitement : À l'heure actuelle, la mesure dans laquelle la quétiapine est excrétée dans le lait humain demeure inconnue. Par conséquent, les femmes qui allaitent doivent être informées qu'il est préférable qu'elles s'abstiennent d'allaiter pendant le traitement par la quétiapine.

Enfants (< 18 ans) : L'innocuité et l'efficacité de la quétiapine chez les enfants de moins de 18 ans n'ont pas été établies.

Personnes âgées (≥ 65 ans) : Le nombre de patients âgés de 65 ans ou plus atteints de schizophrénie ou de maladies apparentées, et ayant reçu de la quétiapine dans le cadre d'essais cliniques était limité (n = 38). Par rapport aux patients plus jeunes, la clairance plasmatique moyenne de la quétiapine était réduite de 30 à 50 % chez les patients âgés. De surcroît, cette population souffrant plus souvent de troubles hépatiques, rénaux, cardiovasculaires et du système nerveux central, et ayant plus souvent recours à des médicaments concomitants, l'utilisation de la quétiapine chez les patients âgés doit s'accompagner de précautions (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Emploi chez les patients âgés atteints de démence :

Mortalité globale : Une méta-analyse de 13 essais contrôlés utilisant divers antipsychotiques atypiques a révélé que le taux de mortalité est plus élevé chez les patients âgés atteints de démence qui sont traités par des antipsychotiques atypiques que chez les patients recevant un placebo. Dans deux essais contrôlés par placebo où cette population de patients recevait de la quétiapine par voie orale, on a observé une incidence de mortalité de 5,5 % chez les patients traités par la quétiapine par comparaison à 3,2 % chez les patients sous placebo. La quétiapine n'est pas indiquée chez les patients âgés atteints de démence.

Troubles cérébrovasculaires : Un risque accru d'événements cérébrovasculaires a été observé dans la population de patients atteints de démence à l'emploi de certains antipsychotiques atypiques. Le mécanisme de ce risque accru est inconnu. Les données sur la quétiapine sont

insuffisantes pour déterminer s'il y a accroissement du risque d'événements cérébrovasculaires associés à la quétiapine. On ne peut exclure toutefois un risque accru. La quétiapine n'est pas indiquée chez les patients atteints de démence.

Maladie vasculaire : La quétiapine doit être utilisée avec prudence chez les patients qui présentent des facteurs de risque ou des antécédents d'AVC.

Dysphagie : La prise d'antipsychotique a été associée à un trouble de la motilité œsophagienne et à de l'aspiration. La pneumonie d'aspiration est une cause courante de morbidité et de mortalité chez les patients âgés, surtout dans les cas de maladie d'Alzheimer avancée. La prudence s'impose lorsqu'on administre de la quétiapine ou un autre antipsychotique à des patients présentant des risques de pneumonie par aspiration (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles gastro-intestinaux et EFFETS INDÉSIRABLES).

EFFETS INDÉSIRABLES

La fréquence des manifestations indésirables indiquées représente le pourcentage de personnes ayant éprouvé au moins une manifestation indésirable survenant au cours du traitement et appartenant à un des types énumérés ci-dessous. Ont été considérées comme des manifestations indésirables survenant au cours du traitement les réactions survenues pour la première fois au cours du traitement et celles qui se sont aggravées pendant le traitement, après l'évaluation initiale.

Effets indésirables signalés au cours des essais cliniques

Le prescripteur doit être conscient que les chiffres présentés dans les tableaux ne peuvent être utilisés pour prédire l'incidence des effets secondaires en pratique médicale courante, car les caractéristiques et autres facteurs relatifs au patient y diffèrent de ceux rencontrés dans les essais cliniques. De même, les fréquences citées ne peuvent pas être comparées aux chiffres obtenus dans d'autres investigations cliniques portant sur différents traitements, différents emplois et auxquels ont participé différents investigateurs. Les chiffres cités fournissent cependant au médecin prescripteur une base utile pour évaluer le rôle relatif du médicament et des facteurs non médicamenteux dans l'incidence des effets secondaires sur les populations étudiées.

Manifestations indésirables associées à l'arrêt du traitement

Essais cliniques de courte durée contrôlés par placebo :

Schizophrénie : Globalement, 3,9 % des patients traités par le fumarate de quétiapine à libération immédiate (n = 510) ont dû arrêter le traitement pour cause de manifestations indésirables contre 2,9 % des patients traités par un placebo (n = 206). La somnolence, responsable du plus grand nombre de retraits du traitement par la quétiapine, a provoqué le retrait de quatre patients du groupe quétiapine et d'aucun patient du groupe placebo. L'hypotension orthostatique, l'hypotension et/ou la tachycardie ont été responsables du retrait de 1,8 % des patients traités par la quétiapine contre 0,5 % des patients du groupe placebo.

Trouble bipolaire

Manie bipolaire : Les arrêts du traitement motivés par des manifestations indésirables sont survenus à des fréquences semblables pour la quétiapine (5,7 %) et le placebo (5,1 %).

Dépression bipolaire : Les abandons dus à des manifestations indésirables se chiffraient à 13,1 % dans le groupe sous quétiapine et à 6,3 % dans le groupe placebo. La sédation, la somnolence et les étourdissements étaient les manifestations indésirables qui ont le plus souvent entraîné l'abandon du traitement dans le groupe sous quétiapine.

Base de données des essais cliniques contrôlés sur la schizophrénie, de courte ou de longue durée :

Dans une base de données d'essais cliniques contrôlés en pré-commercialisation incluant 1710 patients traités par la quétiapine, 5 % ont abandonné leur traitement en raison d'une manifestation indésirable. La somnolence a provoqué à elle seule le retrait de 24 patients traités par la quétiapine, et a été la seule manifestation indésirable à entraîner le retrait de plus de 1 % des patients. Les manifestations indésirables cardiovasculaires (hypotension orthostatique, hypotension, tachycardie, étourdissements) ont représenté 20 % de tous les retraits des sujets traités par la quétiapine. Seize patients (0,9 %) traités par la quétiapine ont été retirés du traitement pour cause d'élévation des taux d'enzymes hépatiques. Quatre sujets traités par la quétiapine, dont deux présentaient au moins une baisse du taux de polynucléaires neutrophiles cliniquement significative, ont été retirés du traitement pour cause de leucopénie. Deux autres patients traités par la quétiapine ont été retirés de l'essai en raison d'un syndrome malin des neuroleptiques (SMN) soupçonné.

Manifestations indésirables observées fréquemment dans des essais cliniques de courte durée, contrôlés par placebo

Schizophrénie : Les manifestations indésirables suivantes survenant au cours du traitement, tirées du tableau 1, ont été observées couramment pendant le traitement des épisodes aigus de schizophrénie par la quétiapine (incidence d'au moins 5 % et d'au moins 5 % supérieure à l'incidence observée avec le placebo) : somnolence, étourdissements, sécheresse de la bouche, hypotension orthostatique et élévation du taux d'ALT.

Trouble bipolaire

Manie bipolaire : Dans les études sur le traitement de la manie bipolaire, les manifestations indésirables suivantes survenant au cours du traitement ont couramment été observées lors d'un traitement aigu par la quétiapine (incidence d'au moins 5 % et d'au moins 5 % supérieure à l'incidence observée avec le placebo) : somnolence, sécheresse de la bouche et gain pondéral.

Dépression bipolaire : Dans les études sur le traitement de la dépression bipolaire, les manifestations indésirables suivantes survenant au cours du traitement ont couramment été observées lors d'un traitement aigu par la quétiapine (incidence d'au moins 5 % et d'au moins 5 % supérieure à l'incidence observée avec le placebo) : sécheresse de la bouche, somnolence, sédation, étourdissements et constipation.

Incidence des manifestations indésirables dans les essais cliniques contrôlés par placebo

Certaines parties de la discussion ci-dessous portant sur les critères d'évaluation objectifs ou numériques de l'innocuité sont basées sur des études auprès de patients schizophrènes et ces évaluations n'ont pas été reprises dans les essais sur la manie associée au trouble bipolaire. Toutefois, cette information est généralement applicable à la manie bipolaire. Le tableau 1 présente l'incidence, arrondie au point de pourcentage le plus proche, de chaque manifestation indésirable dont la survenue a été observée pendant le traitement des épisodes aigus de schizophrénie (pendant 6 semaines au maximum) chez 1 % ou plus des patients traités par la quétiapine (doses de 150 mg/jour ou plus), et dont l'incidence a été plus importante chez les patients traités par la quétiapine que chez les patients traités par placebo.

Tableau 1 Manifestations indésirables observées chez au moins 1 % des patients traités par la quétiapine (doses \geq 150 mg/jour) et chez un pourcentage plus élevé de patients traités par la quétiapine que de sujets ayant pris un placebo dans des essais de phase II et III de courte durée, contrôlés par placebo, sur le traitement de la schizophrénie

Système corporel et terme COSTART	Pourcentage de sujets ayant eu des manifestations indésirables *	
	Quétiapine (n=449)	Placebo (n=202)
Organisme entier		
Céphalées	20	17
Douleurs abdominales	4	1
Douleurs dorsales	2	1
Fièvre	2	1
Troubles neurologiques		
Somnolence	18	11
Étourdissements	10	4
Troubles digestifs		
Constipation	9	5
Sécheresse de la bouche	7	2
Dyspepsie	6	2
Augmentation de la gamma-glutamyl-transférase	2	1
Troubles cardiovasculaires		
Hypotension orthostatique	8	2
Tachycardie	7	5
Palpitations	1	0
Troubles métaboliques et nutritionnels		
Élévation des taux d'ALT	7	2
Élévation des taux d'AST	4	1
Gain pondéral	2	0
Troubles endocriniens		
Hypothyroïdie	1	0
Peau et annexes cutanés		
Éruptions cutanées	4	3
Troubles respiratoires		
Rhinite	3	1
Troubles lymphatiques et hématologiques		
Leucopénie	2	0

Système corporel et terme COSTART	Pourcentage de sujets ayant eu des manifestations indésirables *	
	Quétiapine (n=449)	Placebo (n=202)
Organes des sens		
Otalgie	1	0

* Les sujets peuvent avoir subi plus d'une manifestation indésirable.

Le tableau 2 présente l'incidence, arrondie au pourcentage le plus proche, de chaque manifestation indésirable dont la survenue a été observée pendant le traitement des épisodes aigus (8 semaines) de dépression bipolaire chez 1 % ou plus des patients traités par la quétiapine (doses de 300 ou de 600 mg/jour), et dont l'incidence a été plus importante chez les patients traités par la quétiapine que chez les patients traités par le placebo.

Tableau 2 Manifestations indésirables observées chez au moins 1 % des patients traités par la quétiapine (doses de 300 ou de 600 mg/jour) et chez un pourcentage plus élevé de patients traités par la quétiapine que de sujets ayant pris un placebo dans des essais de phase II et III de 8 semaines, contrôlés par placebo, sur le traitement de la dépression bipolaire

Système corporel et terme préféré dans MedDRA ^a	Pourcentage de sujets ayant eu des manifestations indésirables *	
	Quétiapine (n = 1712)	Placebo (n = 602)
Troubles généralisés		
Fatigue	7	5
Irritabilité	2	1
Asthénie	2	1
Troubles neurologiques		
Somnolence	22	6
Sédation	18	6
Étourdissements	14	6
Akathisie	3	1
Léthargie	3	1
Tremblements	2	1
Parasthésie	2	1
Hypersomnie	2	0
Trouble extrapyramidal	2	1
Dysarthrie	2	0
Syndrome des jambes sans repos	1	0
Dysgueusie	1	0
Troubles digestifs		
Sécheresse de la bouche	29	9
Constipation	8	3
Dyspepsie	4	3
Dysphagie	1	0
Troubles cardiaques		
Palpitations	3	1
Tachycardie	2	0
Hypotension orthostatique	2	1

Système corporel et terme préféré dans MedDRA ^a	Pourcentage de sujets ayant eu des manifestations indésirables *	
	Quétiapine (n = 1712)	Placebo (n = 602)
Troubles métaboliques et nutritionnels		
Stimulation de l'appétit	4	2
Gain pondéral	3	1
Troubles de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif		
Arthralgie	2	1
Troubles respiratoires		
Congestion nasale	3	1
Toux	2	1
Organe des sens		
Vision brouillée	3	1

* Les manifestations dont la fréquence était la même ou moindre avec la quétiapine qu'avec le placebo n'apparaissent pas dans le tableau.

Les pourcentages apparaissant dans le tableau sont arrondis.

^a Les patients ayant présenté plusieurs manifestations regroupées sous un seul terme préféré ne sont comptés qu'une seule fois par terme.

Autres manifestations indésirables

Gain pondéral : Pendant le traitement de courte durée (jusqu'à 6 semaines) dans le cadre d'essais cliniques contrôlés par placebo, la prise de poids moyenne chez les patients schizophrènes traités par la quétiapine était de 2,3 kg, contre 0,1 kg chez les patients schizophrènes prenant le placebo. Dans des essais de prolongation, ouverts, au cours desquels la quétiapine a été administré en monothérapie, le gain pondéral moyen était : 1,58 kg après 9 à 13 semaines; 0,26 kg après 14 à 26 semaines; 1,66 kg après 27 à 39 semaines; -1,53 kg après 40 à 52 semaines; et 1,98 kg après 53 à 78 semaines (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles endocriniens et métaboliques). Dans les essais cliniques contrôlés par placebo sur le traitement aigu de la manie bipolaire (d'une durée allant jusqu'à 12 semaines), le gain pondéral moyen chez les patients sous quétiapine était de 1,8 kg comparativement à une perte de poids moyenne de 0,1 kg chez les patients prenant le placebo. Chez les patients qui se sont rendus au terme des 12 semaines de traitement, le gain pondéral moyen associé à la quétiapine était de 2,8 kg.

Dans des essais cliniques contrôlés par placebo sur le traitement aigu de la dépression bipolaire (8 semaines), le gain pondéral moyen chez les patients sous quétiapine était de 1,15 kg comparativement à un gain pondéral moyen de 0,1 kg chez les patients sous placebo. Durant le traitement d'entretien, les patients sous quétiapine à 300 mg ou un placebo ont perdu en moyenne 0,1 kg et 0,6 kg, respectivement alors que les patients sous quétiapine à 600 mg ont pris en moyenne 0,8 kg. Chez les patients qui ont achevé 40 et 54 semaines sous traitement d'entretien, on a observé une faible perte de poids dans les groupes sous quétiapine à 300 mg (-0,2 kg) et placebo (-0,8 kg) alors que les patients du groupe sous quétiapine à 600 mg ont pris en moyenne 1,2 kg (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Selon la base de données cumulatives sur les essais cliniques contrôlés par placebo sur le traitement aigu, un gain pondéral a été constaté (gain pondéral ≥ 7 % par rapport aux données de

départ) chez 9,6 % des patients traités par la quétiapine, comparativement à 3,8 % des patients sous placebo. Chez l'adulte, la prise de poids survient surtout au cours des premières semaines de traitement (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Crises convulsives : Des cas peu fréquents de crises convulsives ($\geq 0,1$ % - < 1 %) ont été observés chez des patients traités par la quétiapine, bien que la fréquence de ces crises n'ait pas dépassé la fréquence observée chez les patients sous un placebo au cours d'essais cliniques contrôlés (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles neurologiques).

Syndrome des jambes sans repos : Des cas peu fréquents de syndrome des jambes sans repos ont été observés chez des patients traités par la quétiapine.

Priapisme : De rares cas de priapisme ($\geq 0,01$ % - $< 0,1$ %) ont été rapportés chez des patients prenant la quétiapine.

Somnolence : Une somnolence peut se produire, habituellement pendant les deux premières semaines de traitement; elle disparaît généralement avec la poursuite du traitement avec quétiapine.

Syndrome malin des neuroleptiques : Comme avec d'autres antipsychotiques, de rares cas de syndrome malin des neuroleptiques ont été signalés chez les patients traités par quétiapine (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles neurologiques).

Signes vitaux : À l'instar des autres antipsychotiques possédant une activité de blocage des récepteurs α_1 -adrénergiques, la quétiapine pourrait être responsable de l'hypotension orthostatique, associée aux étourdissements, de la tachycardie et, chez certains patients, de la syncope, en particulier pendant la période initiale d'ajustement posologique (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles cardiovasculaires). Dans les essais cliniques contrôlés par placebo, l'hypotension orthostatique a été signalée à une incidence de 8 % chez les patients schizophrènes traités par la quétiapine contre 2 % chez les patients schizophrènes traités par placebo. Entre le début et la fin de l'étude, la quétiapine a été associée à une augmentation moyenne de la fréquence cardiaque de 3,9 battements à la minute contre 1,6 battement à la minute pour les patients traités par placebo.

Œdème périphérique : Comme avec d'autres agents antipsychotiques, des cas fréquents (≥ 1 % - < 10 %) d'œdème périphérique ont été signalés chez des patients traités par la quétiapine.

Asthénie légère : Comme avec d'autres agents antipsychotiques, des cas fréquents d'asthénie légère ont été signalés chez des patients traités par la quétiapine.

Hypersensibilité : On a rapporté peu fréquemment des réactions d'hypersensibilité dont l'œdème de Quincke.

Modifications à l'ECG : Les comparaisons entre groupes à partir des données combinées d'essais contrôlés par placebo n'ont révélé aucune différence statistiquement significative entre la

quétiapine et le placebo relativement au nombre de patients présentant des modifications potentiellement importantes des paramètres ECG, dont l'espace Q-T, l'espace Q-Tc et l'espace P-R. Toutefois, les pourcentages de patients schizophrènes répondant aux critères de la tachycardie ont été comparés dans quatre essais cliniques contrôlés par placebo de 3 à 6 semaines qui ont mis en évidence une incidence de 1 % (4/399) pour la quétiapine et de 0,6 % (1/156) pour le placebo. L'emploi de la quétiapine a été associé à une accélération moyenne de la fréquence cardiaque, évaluée par ECG, de 7 battements à la minute par comparaison à une accélération moyenne de la fréquence cardiaque de 1 battement à la minute chez les patients recevant le placebo. Cette légère tendance à la tachycardie pourrait être liée au potentiel de la quétiapine de provoquer des changements orthostatiques (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles cardiovasculaires). Dans les essais sur le traitement de la manie bipolaire, la proportion de patients répondant aux critères de tachycardie était de 0,5 % (1/192) pour la quétiapine comparativement à 0 % (0/178) pour le placebo. Dans les essais sur la dépression bipolaire, la proportion de patients répondant aux critères de tachycardie durant la phase aiguë était de 0,06 % (1/1704) pour la quétiapine par rapport à 0 % (0/598) pour le placebo. Durant le traitement d'entretien, la proportion était de 0,4 % (1/278) comparativement à 0,4 % (0/284) pour le placebo.

Dyskinésie tardive : Il y a eu des cas peu fréquents de dyskinésie tardive chez les patients à qui on avait administré de la quétiapine (voir MISES EN GARDES ET PRÉCAUTIONS, Troubles neurologiques).

Symptômes extrapyramidaux (SEP) : Le tableau 3 illustre le pourcentage de patients présentant de symptômes extrapyramidaux survenant au cours du traitement dans un essai clinique de courte durée en phase aiguë auprès de patients schizophrènes comparant cinq doses fixes de quétiapine à un placebo (n = ~ 50 patients par groupe), et mesuré par : 1) des plaintes spontanées de parkinsonisme (syndrome extrapyramidal, hypertonie, tremblements et rigidité pallidale), ou une akathisie; 2) les scores de l'échelle de Simpson-Angus (changement moyen par rapport à la valeur de départ); et 3) l'usage d'anticholinergiques pour traiter les SEP résultant du traitement.

Tableau 3 Symptômes extrapyramidaux survenant au cours du traitement évalués par des déclarations spontanées, l'échelle de Simpson et l'incidence de l'usage d'anticholinergiques

	Placebo	Quétiapine				
		75 mg	150 mg	300 mg	600 mg	750 mg
Déclarations spontanées de symptômes parkinsoniens *	10 %	6 %	4 %	4 %	8 %	4 %
Déclarations spontanées d'akathisie	8 %	2 %	2 %	0 %	0 %	2 %
Échelle de Simpson	-0,6	-1,0	-1,2	-1,6	-1,8	-1,8
Incidence de l'usage d'anticholinergiques	14 %	11 %	10 %	8 %	12 %	11 %

* Les patients peuvent avoir subi plus d'une manifestation indésirable de parkinsonisme.

Il n'y avait pas de différence entre les groupes sous quétiapine et sous placebo quant à l'incidence des SEP ou à l'usage concomitant d'anticholinergiques et aucune indication d'une augmentation liée à la dose des SEP ou de l'usage d'anticholinergiques pour la gamme posologique allant de 75 à 750 mg/jour.

Dans deux essais cliniques contrôlés par placebo portant sur des doses variables de la quétiapine dans le traitement de la manie bipolaire, il n'y avait pas de différence entre les groupes sous quétiapine et sous placebo quant à l'incidence des SEP selon les scores totaux de l'échelle de Simpson-Angus et l'échelle d'évaluation de l'akathisie de Barnes ni dans les rapports spontanés de SEP ou dans l'usage concomitant d'anticholinergiques pour traiter les SEP.

Dans des essais cliniques de courte durée contrôlés par placebo sur la schizophrénie et la manie bipolaire, la fréquence regroupée des manifestations indésirables liées aux SEP était comparable à celle observée dans le groupe placebo (schizophrénie : 7,8 % pour la quétiapine et 8,0 % pour le placebo; manie bipolaire : 11,2 % pour la quétiapine et 11,4 % pour le placebo). Dans des essais cliniques de courte durée contrôlés par placebo sur la dépression bipolaire, la fréquence regroupée des manifestations indésirables liées aux SEP était de 8,9 % pour la quétiapine comparativement à 3,8 % pour le placebo. Cependant, la fréquence individuelle des manifestations indésirables liées aux SEP (p. ex. akathisie, trouble extrapyramidal, tremblements, dyskinésie, dystonie, instabilité psychomotrice, contractions musculaires involontaires, hyperactivité psychomotrice et rigidité musculaire), était généralement faible et ne dépassait pas 4 %. Dans des études prolongées sur la schizophrénie et le trouble bipolaire, la fréquence regroupée des SEP apparaissant durant le traitement était comparable pour la quétiapine et le placebo (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles neurologiques).

Vision brouillée : Les cas de vision brouillée sont fréquents chez les patients sous quétiapine.

Dysphagie : Les cas de dysphagie sont peu fréquents chez les patients sous quétiapine. Dans les essais cliniques, une hausse du taux de dysphagie avec la quétiapine par rapport au placebo n'a été observée que dans les cas de dépression bipolaire (voir MISES EN GARDES ET PRÉCAUTIONS, Troubles gastro-intestinaux et Cas particuliers).

Dysarthrie : Les cas de dysarthrie sont fréquents chez les patients sous quétiapine.

Symptômes de sevrage aigus (arrêt du traitement) : Des symptômes de sevrage aigus, comme de l'insomnie, des nausées, des maux de tête, de la diarrhée, des vomissements, des étourdissements et de l'irritabilité, ont été décrits après l'arrêt brusque de la prise d'antipsychotiques, y compris la quétiapine. Un retrait graduel au cours d'une période d'au moins une ou deux semaines est recommandé. Ces symptômes disparaissent habituellement une semaine après l'arrêt du traitement.

Rêves anormaux et cauchemars : Les cas de rêves anormaux et de cauchemars sont fréquents chez les patients sous quétiapine.

Manifestations liées au suicide : Dans des essais cliniques de courte durée contrôlés par placebo sur toutes les indications et auprès de patients de tous âges, l'incidence de manifestations liées au suicide (idées suicidaires, automutilation et suicide) était de 0,9 % pour la quétiapine (61/6270) et le placebo (27/3047).

Au cours des essais auprès de patients schizophrènes, l'incidence de manifestations liées au suicide était de 1,4 % (3/212) pour la quétiapine et de 1,6 % (1/62) pour le placebo chez les patients âgés de 18 à 24 ans, tandis que chez les patients âgés de 25 ans et plus, l'incidence était de 0,8 % (13/1663) pour la quétiapine et de 1,1 % (5/463) pour le placebo.

Au cours des essais auprès de patients atteints de manie bipolaire, l'incidence de manifestations liées au suicide était de 0 % pour la quétiapine (0/60) et le placebo (0/58) chez les patients âgés de 18 à 24 ans, tandis que chez les patients âgés de 25 ans et plus, l'incidence était de 1,2 % pour la quétiapine (6/496) et le placebo (6/503).

Au cours des essais auprès de patients atteints de dépression bipolaire, l'incidence de manifestations liées au suicide était de 3,0 % (7/233) pour la quétiapine et de 0 % (0/120) pour le placebo chez les patients âgés de 18 à 24 ans, tandis que chez les patients âgés de 25 ans et plus, l'incidence était de 1,8 % pour la quétiapine (19/1616) et le placebo (11/622) (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Irritabilité : Les cas d'irritabilité sont fréquents chez les patients sous quétiapine.

Stimulation de l'appétit : Les cas de stimulation de l'appétit sont fréquents chez les patients sous quétiapine.

Anomalies des résultats hématologiques et biochimiques

Comme avec d'autres antipsychotiques, on a observé des cas fréquents de leucopénie et/ou de neutropénie chez des patients prenant de la quétiapine. Des cas d'éosinophilie et de thrombocytopénie (diminution de la numération plaquettaire, $\leq 100 \times 10^9/L$ au moins à une occasion) ont été signalés peu fréquemment.

Selon les rapports de manifestations indésirables pendant les essais cliniques qui ne sont pas liés au syndrome malin des neuroleptiques, on a rarement signalé des cas de hausse du taux sanguin de créatine phosphokinase chez les patients sous quétiapine.

On a rapporté de fréquents cas de hausse du taux sérique de prolactine (> 20 mcg/L chez les hommes et > 30 mcg/L chez les femmes) (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Hyperprolactinémie).

Lors de tous les essais cliniques contrôlés par placebo portant sur la monothérapie, le nombre de neutrophiles a été inférieur à $1,5 \times 10^9/L$ à au moins une occasion chez 1,72 % des patients sous quétiapine et chez 0,73 % des patients sous placebo dans le groupe de patients dont la numération de neutrophiles était d'au moins $1,5 \times 10^9/L$ au départ. Dans les études cliniques menées avant que le protocole soit modifié pour interrompre le traitement chez les patients dont la numération de neutrophiles était passée à $< 1,0 \times 10^9/L$ au cours du traitement, le nombre de neutrophiles a été inférieur à $0,5 \times 10^9/L$ à au moins une occasion chez 0,21 % des patients sous quétiapine et chez 0 % des patients sous placebo dans le groupe de patients dont la numération de neutrophiles était d'au moins $1,5 \times 10^9/L$ au départ. Aussi, le nombre de neutrophiles était de

$\geq 0,5 - < 1,0 \times 10^9/L$ chez 0,75 % des patients traités par la quétiapine et chez 0,11 % des patients sous placebo (voir MISES EN GARDES ET PRÉCAUTIONS, Troubles hématologiques).

Des élévations asymptomatiques des taux de transaminases sériques (AST, ALT) ou de gamma-glutamyl-transférase ont été observées chez certains patients recevant de la quétiapine. Ces élévations étaient habituellement réversibles avec la poursuite du traitement (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles hépatiques).

Le traitement par la quétiapine a été associé à de légères réductions dose-dépendantes du taux d'hormones thyroïdiennes, en particulier la T_4 totale et la T_4 libre. La réduction de la T_4 totale et de la T_4 libre a été maximale dans les 2 à 4 premières semaines du traitement par la quétiapine, sans autre réduction au cours du traitement de longue durée. On n'a observé aucune modification cliniquement significative des taux de TSH avec le temps. Dans la quasi-totalité des cas, l'arrêt du traitement par la quétiapine a été associé à une inversion des effets sur la T_4 totale et la T_4 libre, indépendamment de la durée du traitement (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles endocriniens et métaboliques). Des réductions moins importantes de la T_3 totale et de la T_3 inverse n'ont été observées qu'aux doses élevées. Les taux de TBG sont demeurés les mêmes et en général, aucune hausse réciproque de la TSH n'a été observée; rien n'indique que la quétiapine entraîne une hypothyroïdie pertinente sur le plan clinique.

Hyperglycémie : Dans les études cliniques, des hausses de la glycémie à des niveaux hyperglycémiques (glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L ou glycémie non à jeun $\geq 11,1$ mmol/L à au moins une occasion) ont été observées fréquemment ($\geq 1\%$ - $< 10\%$) chez les patients qui prenaient la quétiapine.

Dans deux études cliniques d'appoint, à long terme et contrôlées par placebo portant sur le traitement d'entretien du trouble bipolaire, l'exposition moyenne à la quétiapine étant de 213 jours (646 patients) et de 152 jours pour le placebo (680 patients), le taux ajusté en fonction de l'exposition d'une hausse de la glycémie ($\geq 7,0$ mmol/L) plus de 8 heures après un repas était de 18,0 par 100 années-patients chez les patients traités par la quétiapine (10,7 % des patients) et de 9,5 par 100 années-patients chez les patients sous placebo (4,6 % des patients).

Dans des études cliniques à court terme (durée de 12 semaines ou moins), contrôlées par placebo (3342 sujets traités par la quétiapine et 1490 sujets sous placebo), le pourcentage des patients dont la glycémie à jeun était de $\geq 7,0$ mmol/L ou dont la glycémie non à jeun était de $\geq 11,1$ mmol/L était de 3,5 % dans le groupe sous quétiapine et de 2,1 % dans le groupe placebo.

Dans un essai d'une durée de 24 semaines (contrôlé par traitement actif, 115 patients traités par la quétiapine) conçu pour évaluer la glycémie à l'aide d'épreuves d'hyperglycémie provoquée par voie orale chez tous les patients, l'incidence d'une glycémie $\geq 11,1$ mmol/L apparue durant le traitement après l'épreuve d'hyperglycémie provoquée était de 1,7 % et l'incidence d'une glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L apparue durant le traitement était de 2,6 % (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles endocriniens et métaboliques).

Élévation des taux de cholestérol et de triglycérides : Des cas très fréquents ($\geq 10\%$) de hausses des concentrations sériques de triglycérides ($\geq 2,258$ mmol/L au moins à une occasion),

de cholestérol total (surtout du cholestérol LDL) ($\geq 6,2064$ mmol/L au moins à une occasion) et de baisses du cholestérol HDL ($< 1,025$ mmol/L chez les hommes; $< 1,282$ mmol/L chez les femmes, à n'importe quel moment) ont été observés au cours du traitement par la quétiapine dans des essais cliniques (voir EFFETS INDÉSIRABLES, Troubles cardiovasculaires). Les changements lipidiques doivent être pris en charge lorsque la situation clinique l'indique.

Dans un essai clinique de 24 semaines où l'on a mesuré directement (et non calculé) le cholestérol LDL, on a observé une légère augmentation du taux moyen de cholestérol total chez les patients sous quétiapine, imputable à l'augmentation du cholestérol LDL. À la semaine 24, le taux moyen de cholestérol LDL s'était accru de 10 % chez les patients sous quétiapine, une valeur significative sur le plan statistique. Le ratio cholestérol total/ cholestérol HDL n'avait pas changé de façon significative pendant le traitement par la quétiapine. De plus, le taux de triglycérides n'avait pas augmenté significativement et le taux de cholestérol HDL n'avait pas diminué pendant le traitement (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles cardiovasculaires).

Effets indésirables signalés après la commercialisation du produit

Après la mise sur le marché du produit, des cas de leucopénie et/ou de neutropénie ont été rapportés pendant un traitement avec la quétiapine. La leucopénie et/ou neutropénie ont disparu à l'arrêt du traitement avec la quétiapine. Parmi les facteurs de risque de leucopénie et/ou de neutropénie, on compte une faible numération leucocytaire préexistante et des antécédents de leucopénie et/ou de neutropénie d'origine médicamenteuse (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles hématologiques).

Comme avec certains autres antipsychotiques, de rares cas ($\geq 0,01$ % - $< 0,1$ %) d'hyperglycémie et de diabète (y compris d'exacerbation d'un diabète préexistant, d'acidocétose diabétique et de coma diabétique, dont des cas mortels), ont été rapportés pendant un traitement avec la quétiapine, parfois chez des patients sans antécédent signalé d'hyperglycémie (voir MISES EN GARDES ET PRÉCAUTIONS, Troubles endocriniens et métaboliques).

Des cas très rares de réactions anaphylactiques ont été signalés après la commercialisation du produit, y compris un cas mortel, possiblement relié au traitement par la quétiapine. Le taux de cas rapportés d'anaphylaxie associée à l'emploi de la quétiapine, généralement accepté comme étant sous-estimé en raison de la sous-déclaration, n'excède pas les estimations du taux d'incidence de base. Les estimations du taux d'incidence de base (toutes causes) d'anaphylaxie grave et mettant la vie en danger dans la population en général varie entre 80 et 210 cas par million d'années-personnes, et le taux d'incidence d'anaphylaxie médicamenteuse rapporté est de 16 cas par million d'années-personnes. De plus, le taux rapporté d'anaphylaxie mortelle toutes causes serait de un cas par million d'années-personnes, alors que le taux d'anaphylaxie médicamenteuse mortelle est estimé à 0,3 cas par million d'années-personnes. Si un patient développe une anaphylaxie après un traitement par la quétiapine, il faut mettre fin au traitement immédiatement et administrer un autre médicament.

De rares cas de galactorrhée ont été signalés suivant la commercialisation du produit.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Interactions médicament-médicament

Compte tenu des principaux effets de la quétiapine sur le système nerveux central, la prudence s'impose lorsque la quétiapine (fumarate de quétiapine à libération immédiate) est administré en concomitance avec d'autres médicaments à action centrale.

La prudence est de mise lorsque la quétiapine est administrée en concomitance avec des médicaments connus pour causer un déséquilibre électrolytique ou des allongements de l'intervalle QT (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles cardiovasculaires).

Effet de la quétiapine sur d'autres médicaments ou substances

Alcool : La quétiapine a potentialisé les effets sur les fonctions cognitives et motrices de l'alcool dans un essai clinique mené chez des sujets atteints de troubles psychotiques. Il est préférable de ne pas prendre de boissons alcoolisées avec ce médicament.

Antihypertenseurs : En raison de son potentiel hypotensif, la quétiapine peut potentialiser les effets de certains antihypertenseurs.

Lévodopa et agonistes de la dopamine : Comme le montre son action antidopaminergique in vitro, la quétiapine peut inhiber les effets de la lévodopa et des agonistes dopaminergiques.

Lithium : La quétiapine n'a pas modifié les propriétés pharmacocinétiques d'une dose unique de lithium administré en concomitance.

Antipyrine : La quétiapine n'est pas un inducteur des systèmes enzymatiques hépatiques impliqués dans le métabolisme de l'antipyrine.

Lorazépam : La quétiapine n'a pas modifié les propriétés pharmacocinétiques d'une dose unique de lorazépam.

Divalproex : L'administration concomitante de quétiapine (150 mg b.i.d.) et de divalproex (500 mg BID) a augmenté de 11 % la clairance orale moyenne et la concentration plasmatique maximale moyenne de l'acide valproïque total (administré sous forme de divalproex). Ces changements n'ont eu aucune incidence clinique.

Effet des autres médicaments sur la quétiapine

Inducteurs des enzymes hépatiques : L'utilisation concomitante de quétiapine et d'inducteurs des enzymes hépatiques comme la carbamazépine peut réduire de façon importante l'exposition de l'organisme à la quétiapine. Dans un essai avec doses multiples mené chez des patients afin d'évaluer les propriétés pharmacocinétiques de la quétiapine prise avant et pendant un traitement avec la carbamazépine (connue pour ses propriétés inductrices sur les enzymes hépatiques), l'administration concomitante de carbamazépine et de quétiapine a amené une hausse significative de la clairance de cette dernière. Cette clairance accrue a réduit l'exposition de l'organisme à la quétiapine, telle que mesurée par l'aire sous la courbe (ASC), jusqu'à en

moyenne 13 % de l'exposition lors de l'administration de la quétiapine seule, mais un effet plus grand a été noté chez certains patients. En conséquence de cette interaction, des concentrations plasmatiques inférieures peuvent être observées; il faut donc envisager pour chaque patient, selon la réponse clinique individuelle, l'administration de doses plus élevées de quétiapine. Il est à noter que la dose quotidienne maximale recommandée de la quétiapine est de 800 mg/jour; un traitement continu à des doses supérieures ne doit être envisagé qu'après avoir bien évalué le risque encouru par chaque patient par rapport aux avantages escomptés.

L'administration concomitante de la quétiapine et de la phénytoïne, un autre inducteur de l'activité enzymatique microsomique, a quintuplé la clairance de la quétiapine. Des doses accrues de quétiapine peuvent être requises pour maintenir la maîtrise des symptômes psychotiques chez les patients recevant de la quétiapine en concomitance avec la phénytoïne ou d'autres inducteurs de l'activité enzymatique hépatique (p. ex. barbituriques, rifampicine, etc.).

Il faudra peut-être réduire la dose de la quétiapine quand on met fin au traitement avec la phénytoïne ou la carbamazépine, ou d'autres agents inducteurs de l'activité enzymatique hépatique, et qu'on les remplace par un agent sans effet inducteur (p. ex. le valproate sodique).

Inhibiteurs du CYP 3A4 : Le CYP 3A4 est la principale enzyme responsable du métabolisme de la quétiapine faisant intervenir le cytochrome P450 (CYP). Ainsi, l'administration concomitante de composés inhibant le CYP 3A4 (comme le kétoconazole, l'érythromycine, la clarithromycine, le diltiazem, le vérapamil ou la néfazodone) pourrait augmenter la concentration de la quétiapine. Lors d'un essai avec doses multiples mené chez des volontaires sains dans le but d'évaluer les propriétés pharmacocinétiques de la quétiapine administrée avant et pendant un traitement avec le kétoconazole, l'administration concomitante des deux agents a amené une augmentation de la C_{max} et de l'ASC moyennes de la quétiapine de 235 % et de 522 %, respectivement, accompagnée d'une diminution correspondante de la clairance orale moyenne de 84 %. La demi-vie moyenne de la quétiapine est passée de 2,6 à 6,8 heures, mais la t_{max} moyenne n'a pas changé. En raison du potentiel d'interaction de même ampleur en milieu clinique, la dose de la quétiapine devrait être réduite pendant un traitement concomitant par la quétiapine et un inhibiteur puissant du CYP 3A4 (comme les antifongiques de type azole, les antibiotiques de type macrolide et les inhibiteurs de la protéase). Il faut faire preuve de prudence particulière chez les personnes âgées et les patients affaiblis. Il faut évaluer le rapport entre les risques et les avantages pour chaque patient.

Divalproex : L'administration concomitante de quétiapine (150 mg BID) et de divalproex (500 mg BID) a augmenté de 17 % la concentration plasmatique maximale moyenne de la quétiapine sans en modifier la clairance orale moyenne.

Cimétidine : Dans une étude clinique examinant les propriétés pharmacocinétiques de quétiapine consécutivement à l'administration concomitante de cimétidine, un inhibiteur enzymatique non spécifique du cytochrome P450, aucune interaction cliniquement significative n'a été observée.

Thioridazine : L'administration concomitante de thioridazine (200 mg, BID) avec quétiapine (300 mg, BID) a augmenté la clairance de quétiapine de 65 %.

Fluoxétine, imipramine, halopéridol et rispéridone : La fluoxétine (60 mg, die), l'imipramine (75 mg, BID), l'halopéridol (7,5 mg, BID) et la rispéridone (3 mg, BID) n'ont pas entraîné de modification significative des propriétés pharmacocinétiques de la quétiapine à l'état d'équilibre.

Interactions médicament-aliment

La quétiapine peut être administré avec ou sans aliments.

Interactions médicament-plante médicinale

On n'a pas établi d'interactions avec des produits à base de plantes médicinales.

Effets du médicament sur les tests de laboratoire

On n'a pas établi d'interactions avec des tests de laboratoire.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Posologie recommandée et modification posologique

Sandoz Quetiapine peut être administré avec ou sans aliments (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Pharmacocinétique).

Schizophrénie

La dose initiale habituelle de Sandoz Quetiapine est de 25 mg BID, avec augmentation progressive quotidienne par paliers de 25 à 50 mg BID (selon la tolérance), jusqu'à atteindre la dose cible de 300 mg/jour administrée en 2 prises en l'espace de 4 à 7 jours.

D'autres ajustements posologiques pourront s'avérer nécessaires en fonction de la tolérance et de la réponse clinique du patient. Les ajustements posologiques doivent normalement être faits à intervalles d'au moins 2 jours. En effet, chez un patient type, il faut de 1 à 2 jours avant que la concentration de Sandoz Quetiapine atteigne l'état d'équilibre. Lorsque des ajustements sont nécessaires, des doses progressives/dégressives de 25 à 50 mg BID sont recommandées.

Les essais cliniques semblent indiquer qu'en général, l'éventail des doses efficaces se situe entre 300 et 600 mg/jour (voir PARTIE II : ESSAIS CLINIQUES). Toutefois, chez certains patients, la dose de 150 mg/jour peut suffire. L'innocuité des doses supérieures à 800 mg/jour n'a pas été évaluée chez les patients schizophrènes.

La nécessité de poursuivre l'administration des médicaments pour la maîtrise des symptômes extrapyramidaux doit être réévaluée périodiquement, car la quétiapine n'a pas été associée à des SEP survenant au cours du traitement pour l'éventail des doses cliniques.

Trouble bipolaire

Manie bipolaire

Dose habituelle : La vitesse de l'ajustement posologique, établie d'après les essais cliniques (voir PARTIE II : ESSAIS CLINIQUES) est présentée dans le tableau ci-dessous :

Jour	1	2	3	4	5	6
BID.	100 mg/jour	200 mg/jour	300 mg/jour	400 mg/jour	Jusqu'à 600 mg/jour	Jusqu'à 800 mg/jour

Les ajustements posologiques doivent être effectués en fonction de la tolérance et de la réponse clinique du patient.

Environ 85 % des patients ont manifesté une réponse entre 400 et 800 mg/jour, et plus de 50 % des patients ont eu une réponse entre 600 et 800 mg/jour (chez les répondeurs, la dose médiane moyenne durant la dernière semaine de traitement était de 600 mg/jour environ). L'innocuité des doses supérieures à 800 mg/jour n'a pas été évaluée chez les patients atteints de manie bipolaire.

Dépression bipolaire

Dose habituelle : La vitesse de l'ajustement posologique, établie d'après les essais cliniques (voir PARTIE II : ESSAIS CLINIQUES) est présentée dans le tableau ci-dessous :

Jour	1	2	3	4
Une fois par jour	50 mg/jour	100 mg/jour	200 mg/jour	300 mg/jour

Les patients du groupe à posologie fixe de 300 mg ont pris 300 mg/jour de quétiapine à compter du jour 4. Dans les essais cliniques qui comptaient un groupe à posologie fixe de 600 mg, la dose de quétiapine a été ajustée à 400 mg au jour 5 et jusqu'à 600 mg à partir du jour 8, en fonction de la tolérance et de la réponse clinique du patient. L'efficacité antidépressive a été démontrée à des doses de 300 mg/jour et de 600 mg/jour de quétiapine, cependant on n'a observé aucun bienfait additionnel durant le traitement de courte durée chez les patients qui prenaient 600 mg/jour. En conséquence, la dose cible habituelle recommandée est de 300 mg/jour.

L'innocuité des doses dépassant 600 mg/jour n'a pas été évaluée chez les patients atteints de dépression bipolaire.

Sandoz Quetiapine doit être administré une fois par jour au coucher.

Considérations posologiques dans des cas particuliers

Personnes âgées : Dans des essais cliniques, 38 patients de 65 ans et plus atteints de schizophrénie ou de troubles apparentés ont été traités par quétiapine (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Cas particuliers). Compte tenu de l'expérience limitée avec ce produit chez les patients âgés et de la plus forte incidence de maladies et de médicaments concomitants, l'utilisation de quétiapine chez les patients âgés doit se faire avec prudence. Par rapport aux

patients plus jeunes, la clairance plasmatique moyenne de quétiapine était réduite de 30 à 50 % chez les patients âgés. Il est donc possible que l'ajustement de la dose doive se faire plus lentement et que la dose thérapeutique quotidienne doive être inférieure à celle prescrite aux patients plus jeunes.

Insuffisance hépatique : La quétiapine est largement métabolisée par le foie (voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Cas particuliers). Par conséquent, la quétiapine doit être administrée avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance hépatique légère, en particulier durant la période initiale d'ajustement posologique. Chez ces patients, on devra instituer le traitement avec une dose initiale de 25 mg/jour, puis augmenter la dose par paliers de 25 à 50 mg/jour jusqu'à la dose efficace, en fonction de la réponse clinique et de la tolérance du patient. On ne dispose d'aucune donnée pharmacocinétique sur une dose en particulier de quétiapine chez les patients qui présentent une insuffisance modérée ou grave. Toutefois, si un traitement par la quétiapine est jugé nécessaire par le clinicien, le médicament doit être utilisé avec grande prudence dans les cas d'insuffisance hépatique modérée ou grave (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles hépatiques et MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Cas particuliers).

Insuffisance rénale : L'expérience clinique étant encore limitée, la prudence est recommandée (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles rénaux).

Dose oubliée

Dans les cas d'oubli d'une dose pendant quelques heures, il faut la prendre le plus tôt possible. Si une bonne partie de la journée s'est écoulée depuis l'oubli, il faut laisser faire la dose manquante et prendre la prochaine dose à l'heure habituelle. Il faut éviter de prendre deux doses à la fois.

SURDOSAGE

Pour traiter une surdose médicamenteuse présumée, communiquez avec le centre antipoison de votre région immédiatement.
--

Expérience

Essais cliniques : Dans un essai clinique, un décès a été signalé à la suite de la prise d'une surdose de 13 600 mg de quétiapine en monothérapie. Toutefois, on a déjà rapporté que des patients ont survécu à la suite de la prise de surdoses aiguës allant jusqu'à 30 000 mg de quétiapine. La plupart des patients qui ont pris des doses excessives de quétiapine n'ont signalé aucun effet indésirable ou se sont rétablis complètement à la suite des manifestations signalées.

Expérience après la commercialisation du produit : Après la commercialisation, on a rapporté des cas de coma et de décès chez des patients qui ont pris une surdose de la quétiapine. La dose la plus faible rapportée comme étant associée à un coma était de 5000 mg; le patient était complètement rétabli trois jours plus tard. La dose la plus faible rapportée comme étant associée à un décès était de 6000 mg.

Il y a eu des cas d'allongement de l'intervalle QT avec des surdoses suivant la commercialisation du produit.

Les patients déjà atteints d'une maladie cardiovasculaire grave peuvent être plus susceptibles de présenter les effets d'une surdose (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles cardiovasculaires, Hypotension et syncope).

Symptômes

En général, les signes et symptômes signalés résultaient d'une exagération des effets pharmacologiques connus du médicament (comme la somnolence et la sédation, la tachycardie et l'hypotension).

Traitement

Il n'existe aucun antidote spécifique à la quétiapine. En cas d'intoxication grave, la possibilité d'une polychimiothérapie doit être envisagée. Par ailleurs, il est recommandé d'appliquer les mesures de soins intensifs incluant le rétablissement et le maintien de la perméabilité des voies aériennes, une oxygénation et une ventilation pulmonaire efficaces ainsi que la surveillance et le soutien du système cardiovasculaire.

Une surveillance et une supervision médicales étroites doivent être assurées jusqu'au rétablissement du patient.

MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

Mode d'action et pharmacodynamique

La quétiapine, un dérivé de la dibenzothiazépine, est un antipsychotique. La quétiapine et son métabolite plasmatique actif, la N-désalkyl-quétiapine, interagissent avec une vaste gamme de récepteurs de neurotransmetteurs. On ignore l'importance de la contribution de la N-désalkyl-quétiapine (métabolite de la quétiapine) à l'activité pharmacologique de la quétiapine.

Quétiapine : La quétiapine possède une affinité pour les récepteurs de la sérotonine 5HT₂ et 5HT_{1A} (*in vitro*, Ki = 288 et 557 nM, respectivement) et les récepteurs de la dopamine D₁ et D₂ (*in vitro*, Ki = 558 et 531 nM, respectivement) dans le cerveau. C'est cet antagonisme combiné avec une plus grande sélectivité pour les récepteurs 5HT₂ par rapport aux récepteurs D₂ qui serait responsable des propriétés antipsychotiques cliniques et du bon profil de symptômes extrapyramidaux (SEP) associés à la quétiapine comparativement aux antipsychotiques typiques. La quétiapine a aussi une grande affinité pour les récepteurs histaminergiques H₁ (*in vitro*, Ki = 10 nM) et les récepteurs α₁-adrénergiques (*in vitro*, Ki = 13 nM), une plus faible affinité pour les récepteurs α₂-adrénergiques (*in vitro*, Ki = 782 nM), mais aucune affinité appréciable pour les récepteurs cholinergiques muscariniques et pour les récepteurs des benzodiazépines.

N-désalkyl-quétiapine : De façon semblable à la quétiapine, la N-désalkyl-quétiapine possède une affinité pour les récepteurs de la sérotonine 5HT₂ et les récepteurs de la dopamine D₁ et D₂ dans le cerveau. De plus, tout comme la quétiapine, la N-désalkyl-quétiapine possède une grande affinité pour les récepteurs de la sérotonine 5HT₁ ainsi que les récepteurs histaminergiques et les récepteurs α_1 -adrénergiques, mais son affinité pour les récepteurs α_2 -adrénergiques est plus faible.

Pharmacocinétique

La pharmacocinétique de la quétiapine et de la N-désalkyl-quétiapine est linéaire dans tout l'éventail des doses cliniques. La cinétique de la quétiapine est similaire chez l'homme et la femme ainsi que chez les fumeurs et les non-fumeurs.

Absorption: La quétiapine est bien absorbée après l'administration par voie orale. Dans des études avec le médicament radiomarqué, environ 73 % de la radioactivité totale a été retracée dans l'urine et 21 % dans les fèces en l'espace d'une semaine. La biodisponibilité de la quétiapine n'est que marginalement modifiée par l'ingestion d'aliments, les valeurs de la C_{max} et de l'ASC augmentant de 25 % et de 15 %, respectivement. Les concentrations plasmatiques maximales de quétiapine surviennent en général moins de 2 heures après l'administration par voie orale. Les concentrations molaires maximales à l'état d'équilibre du métabolite actif, la N-désalkyl-quétiapine, sont de 35 % de celles observées pour la quétiapine.

Distribution: La quétiapine a un volume apparent moyen de distribution de 10 ± 4 L/kg, et se lie aux protéines plasmatiques dans une mesure d'environ 83 %.

Élimination et métabolisme : La demi-vie d'élimination de la quétiapine est d'environ 6 à 7 heures après l'administration de doses multiples se situant dans les limites de l'éventail des doses cliniques proposées. La demi-vie d'élimination de la N-désalkyl-quétiapine est d'environ 12 heures. Moins de 5 % de la dose molaire moyenne de quétiapine libre et de N-désalkyl-quétiapine (métabolite plasmatique actif chez l'humain) sont excrétés dans l'urine.

La quétiapine est largement métabolisée par le foie, et une semaine après l'administration du médicament radiomarqué, la molécule mère représente moins de 5 % de la dose retrouvée dans l'urine et les fèces. Vu l'ampleur du métabolisme hépatique de la quétiapine, on s'attend à des concentrations plasmatiques plus élevées chez les patients qui présentent une dysfonction hépatique, et il pourra être nécessaire d'ajuster la posologie chez ces patients.

Le métabolisme de la quétiapine se fait principalement par oxydation de la chaîne alkyle latérale, hydroxylation du noyau dibenzothiazépine, sulfoxydation et conjugaison en phase 2. Les principaux métabolites dans le plasma humain sont le sulfoxyde et le métabolite acide parent, aucun des deux n'ayant d'activité pharmacologique.

Les travaux de recherche *in vitro* ont confirmé que le CYP 3A4 est la principale enzyme responsable du métabolisme de la quétiapine faisant intervenir le cytochrome P450.

La N-désalkyl-quétiapine est essentiellement synthétisée et éliminée par l'entremise du CYP 3A4.

On a observé *in vitro* que la quétiapine et plusieurs de ses métabolites (y compris la N-désalkyl-quétiapine) étaient de faibles inhibiteurs de l'activité des CYP 1A2, 2C9, 2C19, 2D6 et 3A4 chez l'humain. On observe *in vitro* une inhibition du CYP, mais seulement à des concentrations environ 5 à 50 fois plus élevées que celles notées avec la gamme posologique de 300 à 800 mg/jour chez l'humain.

Cas particuliers

Personnes âgées (≥ 65 ans) : La clairance moyenne de la quétiapine chez les personnes âgées équivaut à environ 30 à 50 % de la clairance observée chez des adultes âgés de 18 à 65 ans (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Cas particuliers, et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Insuffisance hépatique : Chez 8 sujets cirrhotiques atteints d'insuffisance hépatique légère, l'administration d'une dose unique (subclinique) de 25 mg de la quétiapine par voie orale a augmenté l'ASC et la C_{max} de la quétiapine de 40 %. La clairance du médicament a diminué de 25 % alors que sa $t_{1/2}$ a augmenté de presque 45 %. Il faut donc faire preuve de prudence quand on utilise de la quétiapine chez des patients atteints d'insuffisance hépatique légère, surtout pendant la période initiale d'ajustement posologique. On ne dispose d'aucune donnée pharmacocinétique sur une dose en particulier de la quétiapine pour les cas d'insuffisance hépatique modérée ou grave (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles hépatiques, et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Insuffisance rénale : À faibles doses uniques (subcliniques), la clairance plasmatique moyenne de la quétiapine était réduite d'environ 25 % chez les sujets atteints d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min/1,73 m²). Toutefois, les valeurs individuelles de la clairance restaient dans les limites observées chez les sujets sains (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Troubles rénaux, et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

ENTREPOSAGE ET STABILITÉ

Sandoz Quetiapine doit être conservé entre 15 et 30 °C.

FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT

Formes pharmaceutiques et conditionnement

Sandoz Quetiapine est présenté en comprimés pelliculés contenant du fumarate de quétiapine équivalant à 25 mg, 100 mg, 200 mg ou 300 mg de quétiapine en base libre.

Les comprimés de quétiapine à 25 mg sont pêche, ronds, biconvexes, enrobés d'une pellicule, gravés 'SZ' sur une face et '25' sur l'autre, et sont conditionnés en plaquettes alvéolées de

60 comprimés (6x10 comprimés) ou en bouteilles de polyéthylène haute densité (PEHD) de 100 et 500 comprimés.

Les comprimés de quétiapine à 100 mg sont jaunes, ronds, biconvexes, enrobés d'une pellicule, gravés 'SZ' sur une face et '100' sur l'autre, et sont conditionnés en bouteilles de polyéthylène haute densité (PEHD) de 100 et 500 comprimés.

Les comprimés de quétiapine à 200 mg sont blancs à blanc cassé, ronds, biconvexes, enrobés d'une pellicule, gravés 'SZ' sur une face et '200' sur l'autre, et sont conditionnés en bouteilles de polyéthylène haute densité (PEHD) de 100 comprimés.

Les comprimés de quétiapine à 300 mg sont blancs à blanc cassé, de forme allongée, enrobés d'une pellicule, gravés 'SZ' sur une face et '300' sur l'autre, et sont conditionnés en bouteilles de polyéthylène haute densité (PEHD) de 100 comprimés.

Composition

Les comprimés pelliculés Sandoz Quetiapine contiennent les ingrédients suivants : le fumarate de quétiapine, phosphate d'hydrogène de calcium anhydre, hypromellose, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline, polyéthylène-glycol 400, povidone, glycolate d'amidon sodique, dioxyde de titane.

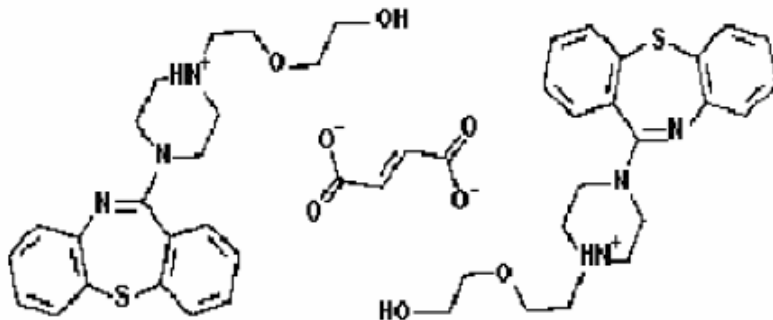
Les concentrations de 25 mg et de 100 mg contiennent aussi de l'oxyde de fer jaune. La concentration de 25 mg contient aussi de l'oxyde de fer rouge.

PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

Substance pharmaceutique

- Nom propre : fumarate de quétiapine
- Nom chimique : 2-[2-(4-dibenzo[b,f][1,4]thiazépine-11-yl)-1-pipérazinyl]éthoxy]éthanol hémifumarate
- 11-(4-(2-(2-hydroxyéthoxy)éthyl)-1-pipérazinyl)dibenzo[b,f][1,4]thiazépine hémifumarate
- Formule moléculaire: $C_{42}H_{50}N_6O_4S_2 \cdot C_4H_4O_4$
- Masse moléculaire : 883,1 g/mol
- Formule développée :



Propriétés physicochimiques :

Description : Poudre blanche, sans substances étrangères.

Point de fusion : 172 - 175°C

Solubilité : Pratiquement insoluble dans le méthanol, l'eau et l'éthanol. Il est peu soluble dans l'acide chlorhydrique dilué.

Médias	pH	Solubilité (mg/ml)
Eau	6,0	0,97
0.1 N acide chlorhydrique	1,2	20,42
Solution tampon d'acétate	4,5	0,89
Solution tampon de phosphate	6,8	0,52
Solution tampon de phosphate	7,4	0,23

ESSAIS CLINIQUES

Une étude de bioéquivalence randomisée, croisée, d'une dose unique des comprimés à 25 mg de Sandoz Quetiapine vs. Seroquel® (AstraZeneca Canada Inc.), a été menée auprès de 23 volontaires adultes sains de sexe masculin et féminin (14 hommes et 9 femmes, âgés de 18 à 55 ans) à jeun.

Tableau 4 Résumé des données de disponibilité biologique comparatif de Sandoz Quetiapine à 25 mg contre Seroquel® (AstraZeneca) à 25 mg conduit à jeun

Quétiapine (1 x 25 mg) À partir de données mesurées Non corrigées pour la teneur Moyenne géométrique Moyenne arithmétique (CV %)				
Paramètre	Test*	Référence †	Rapport des moyennes géométriques (%)	Intervalle de confiance à 90 %
ASC _T (ng·h/mL)	215,71 246,84 (53,44)	216,16 252,85 (60,41)	99,79 %	93,53 %-106,48 %
ASC _I (ng·h/mL)	221,81 253,96 (54,08)	222,85 261,12 (61,59)	99,53 %	93,31 %-106,17 %
C _{max} (ng/mL)	62,98 75,07 (62,96)	63,37 75,59 (65,29)	99,39 %	88,12 %-112,09 %
T _{max} □ (h)	1,11 (47,99)	1,02 (35,02)		
T _{½ el} □ (h)	4,55 (22,96)	4,50 (24,74)		

* Comprimés de fumarate de quétiapine à 25 mg (fabriqués pour Sandoz Canada Inc.).

† Comprimés Seroquel® à 25 mg (fabriqués par AstraZeneca Canada Inc. et achetés au Canada).

□ Représenté sous forme de moyenne arithmétique seulement (CV %).

Schizophrénie

L'efficacité du fumarate de quétiapine à libération immédiate dans le traitement à court terme de la schizophrénie a été mise en évidence dans trois essais contrôlés de courte durée (6 semaines) auprès de patients hospitalisés répondant aux critères diagnostiques du DSM-III-R de la schizophrénie, dont voici les résultats :

1. Dans une étude contrôlée par placebo de 6 semaines (n = 361) portant sur cinq doses fixes de la quétiapine (75, 150, 300, 600 et 750 mg/jour administrées trois fois par jour), les quatre doses de la quétiapine les plus fortes ont été, en règle générale, plus efficaces que le placebo selon le score total de la BPRS (échelle abrégée d'appréciation psychiatrique), le groupe de psychoses de la BPRS et le score de

gravité de la CGI (Impression clinique globale), l'effet maximal étant observé à la dose de 300 mg/jour, alors que les effets des doses de 150 mg à 750 mg étaient généralement indiscernables. À une dose de 300 mg/jour, la quétiapine était supérieur au placebo selon la SANS (échelle d'appréciation des symptômes négatifs).

2. Dans une étude contrôlée par placebo de 6 semaines (n = 286) portant sur le dosage de la quétiapine à fortes doses (jusqu'à 750 mg/jour administrées trois fois par jour) et à faibles doses (jusqu'à 250 mg/jour administrées trois fois par jour), seul le groupe recevant les fortes doses de la quétiapine (dose moyenne : 500 mg/jour) a été généralement supérieur au groupe placebo selon le score total de la BPRS, le groupe de psychoses de la BPRS, le score de gravité de la CGI et la SANS.
3. Dans une étude comparative sur les doses et le schéma posologique de 6 semaines (n = 618) portant sur deux doses fixes de la quétiapine (450 mg/jour administrées deux et trois fois par jour et 50 mg/jour administrées deux fois par jour), seul le groupe recevant 450 mg/jour (225 mg, BID.) a été généralement supérieur au groupe recevant 50 mg/jour (25 mg, BID) de quétiapine selon le score total de la BPRS, le groupe de psychoses de la BPRS, le score de gravité de la CGI et la SANS.

Les essais cliniques ont démontré en outre que la quétiapine est efficace en administration biquotidienne, bien que la quétiapine ait une demi-vie pharmacocinétique d'environ 7 heures. Cette observation est confirmée par les données d'une étude faisant appel à la tomographie par émission de positons qui ont révélé que pour la quétiapine, l'occupation des récepteurs 5HT₂ et D₂ était maintenue pendant jusqu'à 12 heures. L'innocuité et l'efficacité de doses supérieures à 800 mg/jour n'ont pas été évaluées.

Trouble bipolaire

Manie bipolaire

L'efficacité de la quétiapine dans le traitement des épisodes maniaques a été établie dans deux essais contrôlés par placebo de 12 semaines au cours desquels le médicament a été administré en monothérapie à des patients qui répondaient aux critères diagnostiques du trouble bipolaire de type I, selon le DSM-IV. Les patients inscrits à ces essais pouvaient présenter ou non des symptômes psychotiques; toutefois, ceux qui présentaient des cycles rapides et des épisodes mixtes ont été exclus. Il y avait entre 95 et 107 patients par groupe de traitement dans chaque étude.

Dans ces essais, le principal instrument d'évaluation des symptômes de manie était l'échelle YMRS (échelle d'évaluation de la manie de Young) et les patients inscrits aux études présentaient un large éventail de scores initiaux à cette échelle (à savoir, 18 à 58). Le principal critère d'évaluation était la variation du score total de l'échelle YMRS observée le 21^e jour par rapport à la valeur initiale.

Dans les deux essais de 12 semaines comparant la quétiapine au placebo, la quétiapine a été significativement supérieur au placebo dans le soulagement des symptômes de manie. Des

patients ayant obtenu une réponse clinique, 87 % recevaient des doses de la quétiapine se situant entre 400 et 800 mg par jour; dans les deux études, 52 % et 81 % des répondeurs recevaient des doses se situant entre 600 et 800 mg par jour (schéma posologique BID).

Dépression bipolaire

L'efficacité de la quétiapine dans le traitement des épisodes dépressifs associés au trouble bipolaire a été établie lors de quatre essais cliniques de 8 semaines contrôlés par placebo (n = 2593). Ces essais cliniques regroupaient des patients atteints de trouble bipolaire I ou II, avec ou sans cycles rapides.

Le paramètre d'évaluation principal était la variation à la semaine 8 par rapport au départ du score total à l'échelle MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale). Dans les quatre essais, la quétiapine à 300 mg/jour et à 600 mg/jour a réduit les symptômes dépressifs de façon statistiquement significative par rapport au placebo. L'effet antidépressif de la quétiapine était statistiquement significatif à la semaine 1 (dans trois essais), à la semaine 2 (dans les quatre essais) et cet effet s'est maintenu durant les 8 semaines qu'a duré le traitement.

Soixante-quatre pour cent (64 %) des patients traités par la quétiapine ont connu une amélioration d'au moins 50 % de leur score total à l'échelle MADRS comparativement à 46 % des patients sous placebo (p < 0,001). La proportion de patients dont le score à l'échelle MADRS était de < 12 (rémission) était de 62 % pour la quétiapine comparativement à 42 % pour le placebo (p < 0,001).

Il y a eu moins d'épisodes maniaques apparaissant durant le traitement avec l'une ou l'autre des doses de la quétiapine (3,0 %) qu'avec le placebo (5,0 %).

PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE

La quétiapine est un antagoniste de récepteurs multiples. Elle possède une affinité pour les récepteurs de la sérotonine 5HT_{1A} et 5HT₂ (CI₅₀ = 717 et 148 nM, respectivement), et les récepteurs de la dopamine D₁ et D₂ (CI₅₀ = 1268 et 329 nM, respectivement) dans le cerveau. La quétiapine a une affinité moindre pour les récepteurs de la dopamine D₂ que pour les récepteurs de la sérotonine 5HT₂. La quétiapine a aussi une forte affinité pour les récepteurs histaminergiques H₁ (CI₅₀ = 30 nM) et les récepteurs α₁-adrénergiques (CI₅₀ = 94 nM), une plus faible affinité pour les récepteurs α₂-adrénergiques (CI₅₀ = 271 nM), mais aucune affinité appréciable pour les récepteurs cholinergiques muscariniques ni pour les récepteurs des benzodiazépines (CI₅₀ > 5000 nM). La N-désalkyl-quétiapine est un métabolite plasmatique actif chez l'humain. De façon semblable à la quétiapine, la N-désalkyl-quétiapine possède une affinité pour les récepteurs de la sérotonine 5HT₂ et les récepteurs de la dopamine D₁ et D₂ dans le cerveau. De plus, la N-désalkyl-quétiapine possède une grande affinité pour les récepteurs de la sérotonine 5HT₁, les récepteurs histaminergiques et les récepteurs α₁-adrénergiques, mais son affinité pour les récepteurs α₂-adrénergiques est plus faible.

La quétiapine est active dans les tests pharmacologiques sur l'activité antipsychotique, comme l'évitement conditionné chez les primates. Elle inverse également les actions des agonistes dopaminergiques, comme l'ont montré des tests comportementaux et électrophysiologiques réalisés chez les souris, les rats, les chats et les singes. La quétiapine élève aussi les concentrations d'acide homovanillique (HVA) et de 3,4-dihydroxyphénylalanine, métabolites de la dopamine, dans le cerveau, qui sont considérés comme des indices neurochimiques du blocage des récepteurs de la dopamine D₂. On ignore l'importance de la contribution de la N-désalkyl-quétiapine (métabolite de la quétiapine) à l'activité pharmacologique de la quétiapine.

Dans les tests précliniques prédictifs des symptômes extrapyramidaux, la quétiapine diffère des antipsychotiques typiques et présente un profil atypique. La quétiapine ne produit pas une hypersensibilité aux récepteurs de la dopamine D₂ après une administration prolongée. La quétiapine ne provoque qu'une faible catalepsie aux doses efficaces pour le blocage des récepteurs de la dopamine D₂. En administration prolongée, la quétiapine démontre une sélectivité pour le système limbique en produisant un blocage de la dépolarisation des neurones à dopamine mésolimbiques A10 mais pas des neurones à dopamine nigrostriés A9. Le risque de dystonie s'est révélé minimal avec l'administration chronique ou aiguë de quétiapine chez des singes capucins sensibilisés à l'halopéridol ou n'ayant encore jamais été traités.

Pharmacologie des métabolites

La quétiapine et plusieurs de ses métabolites (y compris la N-désalkyl-quétiapine) ont fait l'objet d'essais *in vitro* et d'essais *in vivo* chez des modèles animaux dans le but de déterminer leur affinité pour les récepteurs 5HT₂, D₁ et D₂. Les principaux métabolites, le sulfoxyde et l'acide mère, sont pharmacologiquement inactifs dans le plasma. Les métabolites 7-hydroxy et 7-hydroxy-N-désalkylé sont pharmacologiquement actifs et leur liaison aux protéines *in vitro* est comparable ou supérieure à celle de la molécule mère. Les concentrations plasmatiques maximales pour ces métabolites représentent seulement 5 % et 2 % environ de la concentration à l'état d'équilibre de la quétiapine, respectivement.

TOXICOLOGIE

Thyroïde

Des études de quatre semaines ou plus sur la toxicité de la quétiapine chez les rats, et une étude de deux ans sur l'action cancérogène de la quétiapine chez les souris, ont montré que la quétiapine provoquait une augmentation reliée à la dose du dépôt pigmentaire dans la glande thyroïde. Les doses administrées étaient de 10-250 mg/kg chez les rats et de 75-750 mg/kg chez les souris, ce qui représente, respectivement, 0,1 à 3,0 et 0,1 à 4,5 fois les doses maximales recommandées chez l'humain (en mg/m²). Le dépôt pigmentaire s'est avéré irréversible chez les rats. L'identité du pigment n'a pu être déterminée, mais celui-ci a été localisé en compagnie de la quétiapine dans les cellules folliculaires de l'épithélium thyroïdien. On ignore les effets fonctionnels et l'importance de cette observation chez l'humain.

Cataractes

Chez des chiens recevant de la quétiapine pendant 6 ou 12 mois, mais pas chez ceux traités pendant seulement 1 mois, des cataractes nucléaires sont apparues à la jonction des sutures postérieures dans le cortex externe du cristallin à une dose de 100 mg/kg, soit 4 fois la dose maximale recommandée chez l'humain en mg/m². Cette observation pourrait être due à l'inhibition de la biosynthèse du cholestérol par la quétiapine. La quétiapine a entraîné une réduction reliée à la dose des taux de cholestérol plasmatiques après l'administration de doses répétées chez des chiens et des singes, sans qu'il y ait toutefois de corrélation entre le cholestérol plasmatique et les cataractes observées chez les chiens. Dans ces espèces, l'apparition de delta-8-cholestanol est compatible avec l'inhibition d'une étape tardive dans la biosynthèse du cholestérol. Dans une étude spéciale portant sur des chiennes traitées par la quétiapine, on a également observé une réduction de 25 % de la teneur en cholestérol du cortex externe du cristallin. Des cataractes d'origine médicamenteuse n'ont été observées dans aucune autre espèce, mais dans une étude de 1 an sur des singes, on a tout de même observé des striations de la surface antérieure du cristallin chez 2 femelles sur 7 à la dose de 225 mg/kg, soit 5,5 fois la dose maximale recommandée chez l'humain en mg/m².

Toxicité aiguë

Des études à dose unique ont été menées chez les souris et les rats recevant de la quétiapine par voies orale et intrapéritonéale et chez les chiens traités par voie orale. Les principaux signes cliniques observés chez les souris, les rats et les chiens étaient compatibles avec l'activité pharmacologique du médicament. Ces signes étaient les suivants : diminution de la motricité, ptose, perte du réflexe de redressement, tremblements, ataxie, prostration et convulsions. Les plus faibles doses orales causant la mort étaient la dose de 250 mg/kg pour la souris et celle de 500 mg/kg pour le rat; aucun animal n'est mort à la plus forte dose orale testée (750 mg/kg) chez les chiens. Les doses parentérales non mortelles les plus élevées étaient de 100 mg/kg pour la souris et le rat.

Toxicité chronique/subaiguë

Dans des études à doses multiples sur les rats, les chiens et les singes (voir le tableau 5 pour connaître les détails de chaque étude), les effets prévus sur le système nerveux central avec un antipsychotique ont été observés avec la quétiapine (p. ex. sédation aux doses plus faibles et tremblements, convulsions ou prostration aux doses plus élevées).

L'hyperprolactinémie, déclenchée par l'activité antagoniste de la quétiapine ou de l'un de ses métabolites sur le récepteur de la dopamine D₂, variait en intensité d'une espèce à l'autre mais était la plus marquée chez le rat. Cela a entraîné une série d'effets qui ont été observés dans le cadre d'une étude de 12 mois parmi lesquels : l'hyperplasie mammaire, l'augmentation du poids de la glande pituitaire, la diminution du poids de l'utérus et une croissance accrue des femelles.

Des effets réversibles sur le fonctionnement et la morphologie du foie, correspondant à une induction enzymatique hépatique, ont été constatés chez la souris, le rat et le singe.

Une hypertrophie des cellules folliculaires de la thyroïde et des modifications concomitantes des concentrations plasmatiques d'hormones thyroïdiennes ont été observées chez le rat et le singe.

La pigmentation d'un certain nombre de tissus, en particulier la thyroïde, n'était associée à aucun des effets morphologiques ou fonctionnels.

Des hausses passagères de la fréquence cardiaque, sans influence sur la tension artérielle, ont été observées chez le chien.

Des cas de cataracte sous-capsulaire constatés au bout de 6 mois chez des chiens recevant 100 mg/kg/jour de quétiapine étaient compatibles avec une inhibition de la biosynthèse du cholestérol dans le cristallin. Aucune cataracte n'a été observée chez les rongeurs ou encore chez les macaques recevant jusqu'à 225 mg/kg/jour de quétiapine. La surveillance lors d'essais cliniques n'a révélé aucune opacité cornéenne d'origine médicamenteuse chez l'humain.

Les études de toxicité n'ont révélé aucun signe de baisse de taux des polynucléaires neutrophiles ou d'agranulocytose.

Pouvoir cancérogène

Les résultats des études de deux ans sur le pouvoir cancérogène de la quétiapine menées sur des rats et des souris (ainsi que des études d'observation) sont résumés au tableau 6.

Dans l'étude sur le rat (aux doses de 0, 20, 75 et 250 mg/kg/jour), l'incidence des adénocarcinomes mammaires était accrue à toutes les doses chez les rats femelles, consécutive à une hyperprolactinémie de longue durée.

Chez le rat mâle (à la dose de 250 mg/kg/jour) et la souris mâle (aux doses de 250 et de 750 mg/kg/jour), on a constaté une incidence accrue d'adénomes bénins des cellules folliculaires de la thyroïde, compatible avec des mécanismes connus et propres aux rongeurs résultant d'une clairance hépatique accrue de la thyroxine.

Tableau 5 Principales études de toxicité utilisant des doses multiples de quétiapine

Espèce/ souche	Voie	Durée de l'étude	N ^{bre} / groupe/sexe	Dose (mg/kg/jour)	Faits saillants
Rat Hla:(SD)/BR	Orale/gavage	4 semaines de traitement et 4 semaines de sevrage	14	0 25 50 150	Ptose à toutes les doses. Baisse du gain de poids corporel à 150 mg/kg/jour. Augmentation du poids du foie et baisse du poids de l'utérus, de la rate et de la glande pituitaire à toutes les doses. Baisse du poids de l'épididyme et du cœur à 150 mg/kg/jour. Changements au niveau de la glande métriale du déciduome à 50 mg/kg/jour.
Rat Hla:(SD) BR	Orale/gavage	6 mois de traitement et 4 semaines de sevrage	29	0 25 50 150	Ptose à toutes les doses. Baisse du gain de poids corporel à 50 et à 150 mg/kg/jour. TSH plasmatique accrue et T ₃ réduite à 150 mg/kg/jour. Dépôt pigmentaire et hypertrophie des cellules folliculaires de la thyroïde à 50 et à 150 mg/kg/jour. À toutes les doses, hypertrophie/hyperplasie de la glande mammaire, atrophie et/ou mucification de la muqueuse cervicale/vaginale. Augmentation du poids du foie à toutes les doses avec vacuolisation hépatocellulaire à 150 mg/kg/jour. Aucun effet indésirable constaté à la dose de 25 mg/kg/jour.
Rat Crl:(WI)BR	Orale/gavage	12 mois de traitement, puis 5 semaines de sevrage	20	0 10 25 75 250	Hypoactivité et hyperprolactinémie et séquelles (toutes les doses). Réduction du gain de poids corporel de 27 % (250 mg/kg/jour). Hépatomégalie (75 et 250 mg/kg/jour), vacuolisation des graisses hépatiques (reliée à la dose) et hypertrophie centro-lobulaire avec expression accrue du CYP 2B1/2 et du CYP 3A à 250 mg/kg/jour. TSH et T ₄ accrues et hypertrophie des cellules folliculaires thyroïdiennes (250 mg/kg/jour). Pigmentation thyroïdienne (toutes les doses). Vacuolisation corticosurrénale (75 mg/kg/jour et plus). Augmentation des cellules sécrétrices de glucagon dans le pancréas (75 mg/kg/jour et plus). Augmentation des macrophages alvéolaires (75 mg/kg/jour et plus).
Chien Beagle	Orale/ comprimés	4 semaines	3	0 25 50 100	Motricité réduite, ataxie, somnolence, myosis, fréquence cardiaque accrue et hypothermie dans tous les groupes traités. En général, l'incidence était liée à la dose et diminuait avec le temps. Tous les effets ont cessé à l'arrêt du traitement.
Chien Beagle	Orale/ comprimés	6 mois de traitement et 8 semaines de sevrage	3 ou 4	0 25 50 100	Sédation transitoire et fréquence cardiaque accrue pendant jusqu'à 8 semaines. Baisse liée à la dose du gain pondéral. À 100 mg/kg/jour, baisse de 13 à 26 % du cholestérol plasmatique et sutures en Y postérieures proéminentes, enflure de la pointe des fibres cristalliniennes et 3 cas de cataractes sur 8 femelles; une crise épileptiforme, 4 cas sur 8 de secousses musculaires. Aucun effet indésirable constaté à la dose de 50 mg/kg/jour.

Tableau 5 Principales études de toxicité utilisant des doses multiples de quétiapine

Espèce/ souche	Voie	Durée de l'étude	N^{bre}/ groupe/sexe	Dose (mg/kg/jour)	Faits saillants
Chien Beagle	Orale/ comprimés	12 mois de traitement, puis 8 semaines de sevrage	4	0 10 25 50 100	Sédation, myosis, démarche anormale et tremblements musculaires aux doses égales ou supérieures à 25 mg/kg/jour, surtout au cours des dix premières semaines. Cataractes chez les animaux recevant 100 mg/kg/jour. Variations lenticulaires histopathologiques chez 5 chiens sur 8 recevant 50 mg/kg/jour. À 100 mg/kg/jour, 13 chiens sur 14 ont présenté des altérations lenticulaires histologiques compatibles avec les observations ophtalmologiques. De fins granules bruns ont été décelés dans les cellules épithéliales des glandes lacrymales à toutes les doses.
Singe Capucin	Orale/ gavage	13 mois	4	0, dose croissante pendant 4 semaines avec 1 semaine à chaque palier, puis 43,5 pendant 52 semaines	Signes de sédation à compter de la semaine 2; durée et gravité croissantes avec la dose. Dose de 43,5 mg/kg/jour jugée la dose maximale tolérée. Comportement de fixation anormal chez 2 animaux. Prolactine plasmatique réduite. Aucun changement histopathologique lié au composé. Aucun effet sur le cholestérol plasmatique. Aucune modification ophtalmologique n'a été observée.
Singe Capucin	Orale/ gavage	14 semaines	3	6, 12, 24, 36, 48, 60, 84, 108, 132, 150, 180, 225, 285 et 350. Doses croissantes administrées à raison de 3 doses/jour. Une semaine à chaque palier posologique.	Sédation à compter de 24 mg/kg/jour, après quoi la durée et la gravité ont augmenté avec la dose, jusqu'à la prostration survenue à 225 mg/kg/jour. Les doses de 285 et 350 mg/kg/jour ont causé une baisse du poids corporel et de la consommation de nourriture, l'ataxie, une incidence accrue de prostration et la mort d'un animal à 350 mg/kg/jour. Réductions des globules rouges, de la bilirubine plasmatique, du cholestérol (20-40 % à 285 mg/kg) et de l'activité antéhypophysaire. Aucun changement histopathologique lié au composé.
Singe Capucin	Orale/ gavage	56 semaines de traitement et 4 semaines de sevrage	4	0, dose croissante pendant 4 semaines, puis 25, 100 et 225 mg/kg/jour à raison de 3 doses/jour.	Incidence et gravité des changements comportementaux reliées à la dose. Aucun signe anormal à l'arrêt du médicament. Réduction de 40-60 % du cholestérol plasmatique à 225 mg/kg/jour avec présence de delta-8-cholestanol à 15 % du taux de cholestérol noté à 100 et à 225 mg/kg/jour. Pas d'opacité du cristallin. Changements mineurs du cristallin à toutes les doses sans pathologie cristallinienne. Élévation transitoire du taux de prolactine et hyperplasie mammaire légère (chez les mâles), taux de T ₃ réduits et légère hypertrophie des cellules folliculaires thyroïdiennes à 100 et à 250 mg/kg/jour. Indices des globules rouges réduits et hépatomégalie avec hypertrophie hépatocytaire et dépôt de graisses à 250 mg/kg/jour.

Tableau 6 Études sur le pouvoir cancérogène (et étude d'observation chez les souris) avec la quétiapine

Espèce/ souche	Voie	Durée de l'étude	N ^{bre} / groupe/sexe	Dose (mg/kg/jour)	Faits saillants
Souris C57BL/10jfCD/1/Alpk	Orale dans la nourriture	90 jours	25	0, 50, 100, 200, 300, 400	Baisses du poids corporel aux doses de 100 mg/kg ou plus. Atrophie des canalicules séminifères aggravée à partir de 100 mg/kg/j. Augmentation de volume des hépatocytes centro-lobulaires à 200 mg/kg et plus. À 50 mg/kg, le seul effet noté a été une augmentation du poids du foie chez les femelles.
Souris C57BL/10jfCD/1/Alpk	Orale dans la nourriture	90 jours	15	0, 300-800, 400-1100 (Augmentation posologique maximale à 6 semaines)	Baisse de poids corporel, augmentation du poids du foie et hypertrophie hépatocytaire dans les deux groupes posologiques. Le poids des ovaires a baissé aux doses élevées et le poids des testicules a baissé aux doses faibles et élevées. Les femelles recevant des doses faibles ou élevées ont eu une réduction reliée à la dose du nombre de corps jaunes. La parotide a accusé un accroissement relié à la dose de la basophilie. Les mâles ont éprouvé une atrophie reliée à la dose des canalicules séminifères. Présence de gouttelettes hyalines dans la vessie et pigmentation épithéliale dans les deux groupes.
Souris C57BL/10jfCD/1/Alpk	Orale dans la nourriture	2 ans	100, 50, 50, 50, 50	0, 20, 75, 250, 750 (Augmentation posologique maximale à 6 semaines)	Pigmentation et hypertrophie de cellules folliculaires thyroïdiennes. Incidence accrue d'adénomes bénins des cellules folliculaires thyroïdiennes (incidence de 0 %, 0 %, 0 %, 8 % et 58 % chez les mâles seulement à 0, 20, 75, 250 et 750 mg/kg/j, respectivement). Aucune autre augmentation de l'incidence tumorale. Autres changements non néoplasiques similaires à ceux observés dans les études d'observation.
Rat/ Crl: (WI) BR	Orale/ gavage	2 ans	100 50 50 50 50	0 20 75 250	Incidence accrue d'adénocarcinomes mammaires dans tous les groupes de femelles (incidence de 10 %, 26 %, 22 % et 32 % chez les femelles recevant 0, 20, 75 et 250 mg/kg/j, respectivement). Incidence accrue d'adénomes folliculaires de la thyroïde chez les mâles uniquement, aux doses de 250 mg/kg/jour (incidence de 6 %, 6 %, 0 % et 32 % chez des mâles recevant 0, 20, 75 et 250 mg/kg/jour, respectivement). Réductions significatives des fibromes sous-cutanés, des adénomes des cellules parafolliculaires thyroïdiennes, des polypes du stroma utérin et des carcinomes de la cavité buccale.

Reproduction et tératologie

Les résultats des études sur la reproduction et la tératologie effectuées avec la quétiapine chez des rats et des lapins sont présentés au tableau 7.

Des effets liés à des taux de prolactine élevés (réduction marginale de la fertilité chez les mâles et fausse gestation, prolongation du cycle œstral, prolongation de l'intervalle pré-coïtal et baisse du taux de grossesse) ont été observés chez les rats, mais ils ne présentent pas une grande pertinence pour les humains étant donné les différences entre les espèces au niveau du contrôle hormonal de la reproduction.

La quétiapine n'a pas eu d'effet tératogène.

Pouvoir mutagène

Des études de toxicité génétique menées avec la quétiapine montrent que ce composé n'est ni mutagène ni clastogène. On n'a décelé aucun signe de pouvoir mutagène dans des études sur la mutation directe (CHO-HGPRT) ou inverse (*Salmonella typhimurium* et *E. coli*) ou dans deux études sur les aberrations chromosomiques (étude sur la clastogénèse des lymphocytes du sang périphérique chez l'humain et test du micronoyau utilisant des érythrocytes de la moelle osseuse chez le rat).

Tableau 7 Études sur la reproduction et la tératologie avec la quétiapine

Espèce/ souche	Voie	Durée de l'étude	N ^{bre} / groupe	Dose (mg/kg/jour)	Faits saillants
Rat Alpk:AP _i SD Segment I Fertilité du mâle	Orale	Mâles traités pendant 14 semaines au total	Génération F ₀ : 1 ^{er} accouplement : 100 M, 200 F, 25 M, 50 F/ groupe 2 ^e accouplement : 25 M, 50 F/ groupe (groupes I et IV seulement)	0, 25, 50, 150 mâles uniquement, jusqu'à la fin de la 1 ^{re} période d'accouplement	1 ^{er} accouplement : Baisse du gain de poids corporel et signes cliniques marqués à toutes les doses de quétiapine. Baisse de la fertilité chez les mâles recevant 150 mg/kg/jour (plus long intervalle pré-coïtal avec la deuxième femelle). 2 ^e accouplement : Effets sur la fertilité inversés, aucune différence entre les témoins et les animaux recevant la quétiapine.
Rat Alpk:AP _i SD Segment I Fertilité de la femelle	Orale	9 mois Génération F ₀ : traités jusqu'au j14 précédant l'accouple- ment et jusqu'au j24 pp chez les animaux assignés à une portée	Génération F ₀ : 264 M/132 F 66 F/ groupe 33 M/ groupe - non traités Génération F ₁ : 239 F/120 M 50 F/ groupe (49 groupe I) 25 M/ groupe	0, 1, 10, 50 50 mg/kg/jour, dose réduite à 1 mg/kg/jour du j17 de gestation au j6 pp pour éviter de perdre la portée F ₁ génération non traitée	Inhibition du cycle œstral durant le traitement à base de 50 mg/kg/jour, les femelles ont eu des fausses gestations ou connu une prolongation du cycle œstral, une prolongation de l'intervalle pré-coïtal et une baisse du taux de grossesse. Légère baisse du gain de poids corporel pendant la gestation et l'allaitement à la dose de 50 mg/kg/jour. Aucun effet sur la fertilité ou la reproduction dans la génération F ₁ .
Rat Alpk:AP _i SD Segment II Tératologie	Orale	21 jours; femelles traitées du j6 au j15 de la gestation	Génération F ₀ : 22 F 22 F 22 F 22 F		Baisse du gain de poids corporel et signes cliniques adverses avec 50 et 200 mg/kg/jour. Aucun effet sur la survie des fœtus. Baisse du poids des fœtus à la dose de 200 mg/kg/jour. Aucune anomalie fœtale majeure. Anomalies spécifiques du squelette associées à une baisse du poids fœtal à la dose de 200 mg/kg/jour.
Rat Crj: Wistar Segment II Tératologie	Orale	21 jours; femelles traitées du j6 au j15 de la gestation	Génération F ₀ : 13 F/groupe	0, 25, 50, 200	Signes cliniques défavorables à tous les niveaux posologiques. Aucun effet sur la fonction reproductrice des mères ou le développement du fœtus, ni sur le comportement ou la fonction reproductrice des petits à toutes les doses.
Lapin Dutch Belted Segment II Tératologie	Orale	28 jours; femelles traitées du j6 au j18 de la gestation	Génération F ₀ : 20 F 20 F 20 F 20 F	0 25 50 100	Baisse du gain de poids corporel et signes cliniques adverses à toutes les doses. Aucun effet sur la survie des fœtus. Poids fœtal réduit à la dose de 100 mg/kg/jour. Aucune anomalie fœtale majeure. Anomalies spécifiques du squelette associées à un poids fœtal réduit à la dose de 100 mg/kg/jour.

Espèce/ souche	Voie	Durée de l'étude	N^{bre}/ groupe	Dose (mg/kg/jour)	Faits saillants
Rat/ Alpk:APfSD Segment III Péri- et Postnatal	Orale	44 jours; traitées du j16 au j21 pp	Génération F ₀ : 20 F 20 F 20 F 20 F	0 1 10 20	Baisse du gain de poids corporel pendant les deux premières semaines d'allaitement chez les sujets recevant 20 mg/kg/jour. Aucun effet sur la survie ou le développement des petits.

M = Mâle, F = Femelle

j6 = jour 6 de la gestation, jour du frottis positif pour le sperme (rats)/jour d'accouplement (lapins) = jour 0 de la gestation

j16 = jour 16 de la gestation, jour d'accouplement = jour 1 de la gestation

j17 = jour 17 de la gestation, jour du frottis positif pour le sperme = jour 1 de la gestation

j6 pp = jour 6 du post-partum, jour de la parturition = jour 1 du post-partum

j8 pp = jour 8 du post-partum, jour de la mise bas = jour 1 du post-partum

j21 pp = jour 21 du post-partum, jour de la mise bas = jour 1 du post-partum

j24 pp = jour 24 du post-partum, jour de la mise bas = jour 1 du post-partum

(pp = post-partum)

RÉFÉRENCES

1. Arvanitis LA, Miller BG, Seroquel Trial 13 Study Group. Multiple fixed doses of 'Seroquel' (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a comparison with haloperidol and placebo. *Biol Psychiatry*. 1997;42:233-46.
2. Borison RL, Arvanitis LA, Miller BG, Study-Group. ICI 204,636, an atypical antipsychotic: efficacy and safety in a multicenter, placebo-controlled trial in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 1996; 16(2): 158-69.
3. Bowden CL, Grunze H, Mullen J, Brecher M, Paulsson B, Jones M, Vågerö M, Svensson K. A randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy and safety study of quetiapine or lithium as monotherapy for mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66(1):111-21.
4. Calabrese JR, Keck PE, Macfadden W, Minkwitz M, Ketter TA, Weisler RH, Cutler AJ, McCoy R, Wilson E, Mullen J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *Am J Psychiatry* 2005;162(7):1351-60.
5. Casey DE. 'Seroquel' (quetiapine): preclinical and clinical findings of a new atypical antipsychotic. *Exp Opin Invest Drugs* 1996;5(8):939-57.
6. Emsley RA, Raniwalla J, Bailey PJ, Jones AM. A comparison of the effects of quetiapine ('Seroquel') and haloperidol in schizophrenic patients with a history of and a demonstrated partial response to conventional antipsychotic treatment. *International Clinical Pharmacology* 2000; 15(3):121-31.
7. Fabre LF, Arvanitis L, Pultz J, Jones VM, Malick JB, Slotnick VB. ICI 204,636, a novel atypical antipsychotic: early indication of safety and efficacy in patients with chronic and subchronic schizophrenia. *Clin Ther* 1995;17(3):366-78.
8. Goldstein JM, Litwin LC, Sutton EB and Malick JB. Seroquel: electrophysiological profile of a potential atypical antipsychotic. *Psychopharmacology* 1993; 112(2-3):293-8.
9. Hamner MB, Arvanitis LA, Miller BG, Link CGG, Hong WW. Plasma prolactin in schizophrenia subjects treated with SeroquelTM (ICI 204,636). *Psychopharmacology Bull* 1996;32(1):107-10.
10. McIntyre RS, Brecher M, Paulsson B, Huizar K, Mullen J. Quetiapine or haloperidol as monotherapy for bipolar mania - A 12-week, double-blind, randomised, parallel-group, placebo-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15(5):573-85.
11. Migler BM, Warawa EJ and Malick JB. Seroquel: behavioural effects in conventional and novel tests for atypical antipsychotic drug. *Psychopharmacology* 1993;112(2-3):299-307.

12. Peuskens J, Link CGG. A comparison of quetiapine and chlorpromazine in the treatment of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:265-73.
13. Pinninti NR, Mago R, Townsend J, Doghramji K. Periodic restless legs syndrome associated with quetiapine use: a case report. *J Clin Psychopharmacol*. 2005 Dec; 25(6): 617-8.
14. Pullen RH, Palermo KM and Curtis MA. Determination of an antipsychotic agent (ICI 204,636) and its 7-hydroxy metabolite in human plasma by high-performance liquid chromatography and gas chromatography-mass spectrometry. *J Chromatogr Biomed Appl* 1992;573(1):49-57.
15. Saller CF, Salama AI. Seroquel: biochemical profile of a potential atypical antipsychotic. *Psychopharmacology* 1993;112(2-3):285-92.
16. Small JG, Hirsch SR, Arvanitis LA, Miller BG, Link CG. Quetiapine in patients with schizophrenia. A high- and low-dose double-blind comparison with placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:549-57.
17. Suppes T, Hirschfeld RM, Vieta E, Raines S, Paulsson B. Quetiapine for the treatment of bipolar II depression: Analysis of data from two randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2007;1-14.
18. Swerdlow NR, Zisook D, Taaid N. Seroquel (ICI 204,636) restores prepulse inhibition of acoustic startle in apomorphine-treated rats: similarities to clozapine. *Psychopharmacology* 1994;114(4):675-8.
19. Thase ME, Macfadden W, Weisler RH, Chang W, Paulsson B, Khan A, Calabrese JR. Efficacy of Quetiapine Monotherapy in Bipolar I and II Depression: A Double-blind, Placebo-controlled Study (The BOLDER II Study). *J Clin Psychopharmacol* 2006;26(6):600-9.
20. Vieta E, Mullen J, Brecher M, Paulsson B, Jones M. Quetiapine monotherapy for mania associated with bipolar disorder: combined analysis of two international, double-blind, randomised, placebo-controlled studies. *Current Medical Research and Opinion* 2005;21(6):923-34.
21. Wetzel H, Szegedi A, Hain C, Weisner J, Schlegel S and Benkert O. Seroquel (ICI 204,636), putative “atypical” antipsychotic, in schizophrenia with positive symptomatology: results of an open clinical trial and changes of neuroendocrinological and EEG parameters. *Psychopharmacology* 1995;119(2):231-8.
22. AstraZeneca Canada Inc., Mississauga, (ON), Canada, SEROQUEL[®] Product Monograph (quetiapine fumarate immediate-release tablets, 25 mg, 100 mg, 200 mg and 300 mg), Control No.: 132332; Date of Revision: February 17, 2010.

PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR

Pr Sandoz® Quetiapine
(comprimés de fumarate de quétiapine)

Le présent feuillet constitue la troisième et dernière partie d'une « monographie de produit » publiée à la suite de l'approbation de la vente au Canada de Sandoz Quetiapine et s'adresse tout particulièrement aux consommateurs/soignants. Le présent feuillet n'est qu'un résumé et ne donne donc pas tous les renseignements pertinents au sujet de Sandoz Quetiapine. Pour toute question au sujet de ce médicament, communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien.

Prière de lire ce feuillet avec attention avant de prendre Sandoz Quetiapine. Gardez le feuillet jusqu'à ce que vous ayez pris tous vos comprimés de quétiapine.

AU SUJET DE CE MÉDICAMENT

Les raisons d'utiliser ce médicament :

Sandoz Quetiapine est utilisé pour :

- traiter les symptômes de schizophrénie, comme des hallucinations (entendre ou voir des choses qui n'existent pas), de fausses idées fixes, une méfiance inhabituelle ou un repliement affectif. Les patients peuvent aussi se sentir déprimés, anxieux ou tendus;
- traiter les symptômes de manie associée au trouble bipolaire, comme les pensées qui défilent, l'irritabilité, l'agressivité, l'agitation, un comportement impulsif ou une élévation excessive de l'humeur;
- traiter les symptômes de dépression associée au trouble bipolaire, comme la tristesse, le sentiment de culpabilité, le manque d'énergie, la perte d'appétit et/ou les troubles du sommeil.

Afin de vous aider, vous pouvez dire à un ami ou un parent que vous souffrez de ces symptômes et demander à cette personne de lire le présent feuillet. Vous pouvez lui demander de vous prévenir si elle pense que vos symptômes s'aggravent ou si des changements dans votre comportement l'inquiètent.

Votre médecin vous a peut-être prescrit Sandoz Quetiapine pour une autre raison. Si vous avez des questions à ce propos, demandez-lui pourquoi il vous a prescrit Sandoz Quetiapine.

Sandoz Quetiapine ne guérira pas votre maladie, mais il pourra vous aider à prendre vos symptômes en charge et à vous sentir mieux.

Les effets de ce médicament :

Sandoz Quetiapine est un agent qui appartient à une classe de médicaments appelés « antipsychotiques atypiques ».

Les maladies qui touchent le cerveau, comme la schizophrénie et le trouble bipolaire, peuvent être dues à un déséquilibre des substances chimiques dans le cerveau. Ces déséquilibres peuvent être à l'origine de certains de vos symptômes. Les médecins et les chercheurs ne sont pas tout à fait certains des causes de ces déséquilibres. Sandoz Quetiapine semble agir en réglant l'équilibre chimique dans le cerveau.

Les circonstances où il est déconseillé d'utiliser ce médicament :

Ne prenez pas Sandoz Quetiapine si vous avez déjà eu une réaction allergique à la quétiapine ou à l'un des ingrédients de la liste de « Les ingrédients non médicinaux importants sont » du présent feuillet.

L'ingrédient médicinal est :

Les comprimés Sandoz Quetiapine contiennent un ingrédient actif, le fumarate de quétiapine.

Les ingrédients non médicinaux importants sont :

Cellulose microcristalline, dioxyde de titane, glycolate d'amidon sodique, hypromellose, lactose monohydraté, phosphate d'hydrogène de calcium anhydre, polyéthylène-glycol 400, povidone, stéarate de magnésium.

Les concentrations de 25 mg et de 100 mg contiennent aussi de l'oxyde de fer jaune. La concentration de 25 mg contient aussi de l'oxyde de fer rouge.

Les formes posologiques sont :

Comprimés pelliculés de 25 mg, de 100 mg, de 200 mg et de 300 mg.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Mises en garde et précautions importantes

Dans des études menées avec divers médicaments de la classe à laquelle appartient la quétiapine, y compris la quétiapine, l'utilisation de ces médicaments a été associée à une mortalité plus élevée chez les patients âgés atteints de démence. La quétiapine n'est pas indiquée chez les patients âgés atteints de démence.

Avant de commencer un traitement avec Sandoz Quetiapine, ne manquez pas d'informer votre médecin des points suivants :

- si vous avez déjà eu une réaction allergique à un médicament que vous avez déjà pris pour traiter votre maladie, ou si vous croyez être sensible ou allergique à l'un des ingrédients de Sandoz Quetiapine;
- si vous prenez ou prévoyez prendre d'autres médicaments, sur ordonnance, en vente libre ou à base naturelle. Certains médicaments peuvent sérieusement modifier l'action d'autres médicaments;
- si vous êtes enceinte ou avez l'intention de le devenir pendant votre traitement avec la quétiapine;

- si vous allaitez ou si vous avez l'intention d'allaiter pendant votre traitement avec la quétiapine. Vous ne devriez pas allaiter pendant un traitement avec la quétiapine;
- si vous consommez de l'alcool ou des drogues;
- si vous avez des problèmes de santé;
- si vous souffrez d'hypotension (tension artérielle basse) ou d'hypertension (tension artérielle élevée) ou si vous avez subi un accident vasculaire cérébral;
- si vous, ou un membre de votre famille, avez des antécédents de problèmes avec la façon dont votre cœur bat, de maladie ou de problème cardiaque, ou si vous prenez des médicaments qui pourraient avoir un effet sur la façon dont votre cœur bat;
- si vous avez des antécédents de crises épileptiques;
- dans les études cliniques sur la quétiapine et d'autres médicaments du même type, on a rapporté un risque accru de décès chez les patients âgés atteints de démence et de troubles du comportement. La quétiapine n'est pas approuvée pour cet usage.
- si vous avez le diabète, des antécédents familiaux de diabète ou une glycémie élevée durant la grossesse;
- si vous avez des antécédents de problèmes de foie ou de reins;
- si vous savez que vous avez déjà présenté une baisse du nombre de globules blancs, causée ou non par d'autres médicaments;
- si vous faites de l'exercice vigoureux ou si vous travaillez dans des endroits très chauds ou très ensoleillés.

Si vous êtes diabétique, il convient de vous faire suivre pour déceler une aggravation de votre diabète.

Ne conduisez pas et ne faites pas fonctionner de machines tant que vous ne connaissez pas votre réponse à ce médicament. La quétiapine peut causer de la somnolence.

Idées suicidaires et aggravation de votre dépression ou d'une autre maladie mentale

Si vous souffrez de dépression et/ou d'une autre maladie mentale, il est possible que vous ayez parfois envie de vous faire du mal ou de vous tuer. Ces pensées peuvent aller en augmentant au début du traitement étant donné que tous ces médicaments mettent du temps avant de faire effet; il faut habituellement environ deux semaines et parfois, plus encore.

Si jamais vous avez envie de vous faire du mal ou de vous tuer, communiquez immédiatement avec votre médecin ou rendez-vous tout de suite à l'hôpital.

Afin de vous aider, vous pouvez dire à un ami ou un parent que vous souffrez de dépression ou d'une autre maladie mentale et demander à cette personne de lire le présent feuillet. Vous pouvez lui demander de vous prévenir si elle pense que votre dépression ou votre autre maladie mentale s'aggrave ou si des changements dans votre comportement l'inquiètent.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Comme certains médicaments peuvent sérieusement modifier la façon dont d'autres médicaments agissent, il est important de mentionner à vos médecins, dentistes et pharmaciens que vous prenez de la quétiapine. Assurez-vous aussi de leur mentionner tout autre médicament, sur ordonnance, en vente libre ou à base naturelle, que vous prenez ou avez l'intention de prendre.

Vous ne devriez pas boire d'alcool pendant un traitement avec de la quétiapine, car la combinaison d'alcool et de quétiapine pourrait intensifier les effets de l'alcool.

Si vous prenez ou êtes sur le point d'arrêter de prendre des médicaments pour traiter l'anxiété, la dépression, l'épilepsie (comme la phénytoïne ou la carbamazépine), la tension artérielle élevée ou encore pour vous aider à dormir, signalez-le à votre médecin.

Les agonistes de la dopamine (p. ex. la lévodopa, un agent antiparkinsonien) peuvent atténuer l'effet de la quétiapine.

La quétiapine a des interactions médicamenteuses connues avec les médicaments suivants : carbamazépine (anticonvulsivant), phénytoïne (anticonvulsivant), kétoconazole (antifongique) et inhibiteurs de la protéase (pour le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]).

Si vous prenez de l'érythromycine (antibiotique), de la clarithromycine (antibiotique), de la néfazodone, de la thioridazine (antipsychotique), ou du diltiazem ou du vérapamil (des médicaments pour régler la tension artérielle), signalez-le à votre médecin. Vous devriez aussi signaler à votre médecin si vous prenez des médicaments qui ont un effet sur la façon dont votre cœur bat, par exemple, des médicaments qui peuvent causer un déséquilibre électrolytique (faibles taux de potassium ou de magnésium) comme les diurétiques (pilules favorisant l'élimination de l'eau) ou certains antibiotiques (médicaments qui traitent les infections).

UTILISATION APPROPRIÉE DE CE MÉDICAMENT

Sandoz Quetiapine n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans.

Dose habituelle :

Adultes

Pour que Sandoz Quetiapine vous aide à vous sentir mieux, il est très important de le prendre tous les jours selon les directives exactes du médecin. Prenez le nombre exact de comprimés que le médecin vous a prescrit, aux mêmes heures, tous les jours.

Posologie recommandée

Votre dose sera ajustée en fonction de votre réponse clinique et de votre tolérance au traitement.

Schizophrénie

La dose de départ habituelle est de 25 mg, deux fois par jour. La

gamme posologique recommandée est de 50 à 800 mg/jour, en deux prises.

Manie bipolaire

La dose de départ habituelle est de 50 mg, deux fois par jour. La gamme posologique recommandée est de 100 à 800 mg/jour, en deux prises.

Dépression bipolaire

Le schéma d'ajustement posologique habituel est jour 1 : 50 mg, jour 2 : 100 mg, jour 3 : 200 mg et à partir du jour 4 : 300 mg en une prise. Votre médecin pourrait augmenter votre dose à 400 mg au jour 5 et jusqu'à 600 mg par jour à partir du jour 8 selon votre réponse et votre tolérance au traitement. La dose maximale est de 600 mg par jour.

Cela peut prendre du temps à se sentir mieux. Vous devez donc vous attendre à ce que certains symptômes s'atténuent lentement pendant les premières semaines de traitement. N'arrêtez pas de prendre Sandoz Quetiapine et ne changez pas l'horaire de prise des comprimés sans consulter votre médecin.

Si vous arrêtez brusquement de prendre la quetiapine, vous risquez d'éprouver des symptômes de sevrage comme de l'insomnie (difficulté à dormir), des nausées et des vomissements.

Pour obtenir le meilleur effet possible de Sandoz Quetiapine, vous devez :

- continuer de le prendre tous les jours, et
- garder votre médecin au courant de votre état, qu'il soit bon ou mauvais.

Ainsi, votre médecin et vous pourrez être certains que vous utilisez la dose de Sandoz Quetiapine qui vous convient le mieux.

Vous pouvez prendre Sandoz Quetiapine avec ou sans aliments.

Ne donnez Sandoz Quetiapine à personne d'autre. Votre médecin a prescrit Sandoz Quetiapine uniquement pour vous.

Surdose :

En cas de surdosage, communiquez immédiatement avec un professionnel de la santé, l'urgence d'un centre hospitalier ou le centre antipoison de votre région, même en l'absence de symptômes.

En cas de surdosage avec la quetiapine, ou si vous croyez que vous ou une autre personne présentez un des effets secondaires de la quetiapine à un degré élevé (particulièrement la somnolence, mais aussi des battements cardiaques rapides, une sensation de tête légère et/ou des étourdissements, surtout lorsque vous vous levez rapidement d'une position assise ou couchée), appelez votre médecin ou le centre antipoison, ou rendez-vous immédiatement à l'urgence de l'hôpital le plus proche. N'oubliez pas d'apporter la bouteille de médicament avec vous.

Dose oubliée :

Si vous oubliez une dose et vous en rendez compte quelques heures plus tard, prenez votre dose le plus tôt possible. Si une

bonne partie de la journée s'est écoulée depuis votre oubli, ne prenez pas la dose manquante et prenez la prochaine dose à l'heure habituelle. Ne prenez jamais deux doses à la fois.

Voici quelques trucs pour vous aider à vous souvenir de prendre chaque dose de Sandoz Quetiapine :

- Prenez votre dose de Sandoz Quetiapine à la même heure chaque jour.
- Associez la prise de Sandoz Quetiapine à un moment de la journée qui vous rappellera de prendre votre médicament, par exemple, au repas ou au coucher.
- Utilisez un pilulier pour séparer vos doses de Sandoz Quetiapine en fonction du jour de la semaine.
- Chaque fois que vous prenez une dose, notez l'heure et le jour sur un calendrier pour vous aider à déterminer quand prendre la prochaine dose de Sandoz Quetiapine.
- Placez dans un endroit bien en évidence (p. ex. sur un miroir ou le réfrigérateur) une note pour vous rappeler de prendre Sandoz Quetiapine.
- Demandez à un membre de votre famille ou à un ami de vous rappeler de prendre votre médicament.

PROCÉDURES À SUIVRE EN CE QUI CONCERNE LES EFFETS SECONDAIRES

Comme tout médicament, la quetiapine peut produire des effets secondaires chez certaines personnes.

Des hausses de la glycémie (sucre dans le sang) et de l'hyperglycémie (taux élevé de sucre dans le sang) ont été signalées à l'emploi de la quetiapine. Des cas occasionnels de diabète ont aussi été signalés.

Une sensation de tête légère, les étourdissements (symptômes d'hypotension orthostatique) et la somnolence figurent parmi les effets secondaires les plus fréquemment observés avec la quetiapine, surtout pendant la première semaine de traitement ou après une augmentation de la dose. Les étourdissements et la somnolence sont habituellement d'intensité légère et devraient disparaître avec le temps. Pour aider à prévenir ces effets, levez-vous lentement d'une position assise ou couchée. Les étourdissements et la somnolence peuvent provoquer des chutes.

En position debout, l'hypotension est fréquente et peut entraîner des étourdissements ou une sensation de faiblesse (pouvant provoquer des chutes).

De plus, étant donné qu'un état de somnolence est fréquent lorsqu'on débute le traitement ou lorsqu'on augmente la dose, si vous devez conduire, faire fonctionner des machines ou entreprendre quoi que ce soit qui exige de la vigilance, prenez des précautions supplémentaires jusqu'à ce que vous ayez la certitude que la quetiapine ne vous cause pas de somnolence.

La sécheresse de la bouche et le gain de poids ont également été rapportés très fréquemment par les patients traités par la quetiapine.

Des symptômes de sevrage, qui surviennent à l'arrêt du traitement par la quétiapine, ont été signalés très fréquemment : insomnie (difficulté à dormir), nausées, maux de tête, diarrhée, vomissements, étourdissements et irritabilité. Il est recommandé de procéder à un sevrage graduel, sur une période d'au moins une ou deux semaines.

Voilà d'autres effets secondaires fréquents : maux de tête, battements de cœur rapides, constipation, troubles digestifs, faiblesse, enflure des bras et des jambes, évanouissement, congestion nasale, maux d'estomac ou douleurs abdominales, vision brouillée, rêves anormaux et cauchemars, irritabilité, augmentation de l'appétit, troubles de l'élocution et de la parole et changements dans les valeurs des tests de laboratoire pour les fonctions du foie et de la thyroïde.

De la difficulté à avaler a été signalée peu fréquemment.

On a aussi signalé chez un petit nombre de patients des changements à une partie de l'œil que l'on appelle cristallin. Bien qu'on ignore si ces changements sont causés par la quétiapine, il est possible que votre médecin vous conseille de subir un examen particulier de la vue, qui est recommandé afin de maximiser la sécurité d'emploi du médicament.

Dans de très rares cas, ce type de médicament peut diminuer la capacité de l'organisme à régler la température corporelle. Par conséquent, évitez d'avoir trop chaud ou de vous déshydrater (lors d'exercices vigoureux par exemple ou en vous exposant à des chaleurs extrêmes) pendant votre traitement avec la quétiapine.

Les effets suivants, qui concernent les résultats des tests sanguins de routine, peuvent aussi survenir avec la quétiapine :

- Diminution du nombre de globules blancs. Normalement, ces changements disparaissent lorsqu'on met fin au traitement avec la quétiapine.
- Augmentation du nombre d'un type particulier de globules blancs (éosinophilie), comme c'est parfois le cas lorsque des réactions allergiques se produisent.
- Baisse du nombre de plaquettes (thrombocytopenie), des cellules qui aident à arrêter les saignements quand on se coupe.
- Augmentation du taux d'enzymes du foie. Normalement, ces changements disparaissent lorsqu'on poursuit le traitement avec la quétiapine.
- Changement de la quantité de substances grasses (taux de lipides tels que les triglycérides et le cholestérol) dans le sang.
- Augmentation de la quantité de créatine phosphokinase, une substance que l'on trouve dans les muscles.
- Augmentation de la quantité de sucre (glucose) dans le sang.
- Augmentation de la quantité d'hormone prolactine dans le sang. Dans de rares cas (< 0,1 % à ≥ 0,01 %), cette augmentation peut causer le gonflement des seins et la production inattendue de lait chez les femmes de même que chez certains hommes. Cette situation peut aussi nuire à la régularité des règles chez les femmes.

Une des choses les plus importantes que vous devez faire pour minimiser les risques de ces effets secondaires, tout en bénéficiant de l'efficacité de Sandoz Quetiapine, est de consulter votre médecin ou votre pharmacien si vous remarquez un symptôme qui vous inquiète, même si ce symptôme ne semble pas lié au médicament ou n'est pas mentionné dans le présent feuillet.

EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCE ET PROCÉDURES À SUIVRE

Symptôme/effet		Consultez votre médecin immédiatement		Cessez de prendre le médicament et consultez immédiatement un médecin
		Seulement pour les effets secondaires graves	Dans tous les cas	
Fréquent	Mouvements musculaires anormaux, y compris de la difficulté à amorcer un mouvement musculaire, tremblements, agitation ou raideurs musculaires qui ne sont pas accompagnées de douleurs		√	
	Mouvements involontaires principalement du visage ou de la langue (dyskinésie tardive)		√	
Peu fréquent	Symptômes de réaction allergique tels que enflure et éruptions cutanées			√
	Jambes sans repos (sensations désagréables dans les jambes)		√	
	Crise convulsive (c.-à.-d. perte de conscience accompagnée de « crise » incontrôlable de secousses musculaires)			√

Rare	Priapisme (c.-à-d. érection douloureuse et prolongée [pendant plus de 4 heures] du pénis)			√
	Forte fièvre, raideur musculaire, augmentation marquée de la tension artérielle et/ou de la fréquence cardiaque et baisse de la conscience			√
Très rare	Anaphylaxie (forme grave de réaction allergique; les symptômes incluent l'enflure de la bouche, du visage, des lèvres et de la langue, peut inclure une grande difficulté à respirer et un état de choc)			√

Cette liste d'effets secondaires n'est pas exhaustive. Pour tout effet inattendu ressenti lors de la prise de Sandoz Quetiapine, veuillez communiquer avec votre médecin ou votre pharmacien.

COMMENT CONSERVER LE MÉDICAMENT

Gardez Sandoz Quetiapine à la température ambiante (entre 15 et 30 °C) et hors de portée des enfants.

La date limite d'utilisation de ce médicament est imprimée sur l'emballage. Ne prenez pas de médicament de cet emballage après cette date.

Si votre médecin vous dit de cesser de prendre Sandoz Quetiapine ou si vous remarquez que la date limite est dépassée, veuillez retourner les comprimés restants à votre pharmacien.

DÉCLARATION DES EFFETS INDÉSIRABLES SOUPÇONNÉS

Vous pouvez déclarer les effets indésirables soupçonnés associés à l'utilisation des produits de santé au Programme Canada Vigilance de l'une des 3 façons suivantes :

- **En ligne** www.santecanada.gc.ca/medeffet
- **Par téléphone**, en composant le numéro sans frais 1-866-234-2345;
- **En remplissant un formulaire de déclaration de Canada Vigilance et en le faisant parvenir**
 - par télécopieur, au numéro sans frais 1-866-678-6789
 - par la poste au: **Programme Canada Vigilance**
Santé Canada
Indice postal 0701D
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Les étiquettes préaffranchies, le formulaire de déclaration de Canada Vigilance ainsi que les lignes directrices concernant la déclaration d'effets indésirables sont disponibles sur le site Web de MedEffet^{MC} Canada à www.santecanada.gc.ca/medeffet.

REMARQUE : Pour obtenir des renseignements relatifs à la gestion des effets secondaires, veuillez communiquer avec votre professionnel de la santé. Le Programme Canada Vigilance ne fournit pas de conseils médicaux.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

Pour obtenir une copie de ce document et la monographie complète de produit, rédigée pour les professionnels de la santé, contactez : Sandoz Canada Inc., au 1-800-361-3062

ou faites une demande écrite à l'adresse suivante :
145, Jules-Léger
Boucherville, (QC), Canada
J4B 7K8

ou par courriel à : medinfo@sandoz.com

Ce feuillet a été préparé par Sandoz Canada Inc.

Dernière révision : 15 octobre 2010