

## **MONOGRAPHIE DE PRODUIT**

**Pr<sub>pms</sub>-VALSARTAN**  
Comprimés de valsartan, USP  
40 mg, 80 mg, 160 mg et 320 mg

**Antagoniste des récepteurs AT<sub>1</sub> de l'angiotensine II**

**PHARMASCIENCE INC**  
6111 Avenue Royalmount, Suite 100  
Montréal, Québec  
H4P 2T4  
[www.pharmascience.com](http://www.pharmascience.com)

**Date de révision:**  
6 avril 2016

**Numéro de contrôle: 192496**

## Table des matières

<b>PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.....</b>	<b>3</b>
RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT .....	3
INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE.....	3
CONTRE-INDICATIONS .....	4
MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS .....	5
EFFETS INDÉSIRABLES .....	9
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES .....	13
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION .....	15
SURDOSAGE.....	17
MODE D’ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE .....	17
ENTREPOSAGE ET STABILITÉ .....	20
INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES DE MANIPULATION .....	20
FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT .....	20
<b>PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES.....</b>	<b>22</b>
RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES .....	22
ESSAIS CLINIQUES .....	23
PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE .....	31
MICROBIOLOGIE.....	32
TOXICOLOGIE .....	33
RÉFÉRENCES .....	37
<b>PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR.....</b>	<b>39</b>

**Pr pms-VALSARTAN**  
Comprimés de valsartan, USP  
40 mg, 80 mg, 160 mg et 320 mg

**Antagoniste des récepteurs AT<sub>1</sub> de l'angiotensine II**

**PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

**RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT**

<b>Voie d'administration</b>	<b>Forme posologique et concentration</b>	<b>Tous ingrédients non médicinaux</b>
Orale	Comprimés de 40 mg, 80 mg, 160 mg et 320 mg	<p>Cellulose en poudre, crospovidone, dioxyde de silice colloïdal, dioxyde de titane, hypromellose, laurylsulfate de sodium, oxyde de fer jaune, polyéthylène glycol, stéarate de magnésium.</p> <p>Les comprimés de <b>40 mg</b> contiennent également AD&amp;C jaune n° 6 sur substrat d'aluminium.</p> <p>Les comprimés de <b>80 mg</b> contiennent également de l'oxyde de fer rouge et de l'oxyde de fer noir.</p> <p>Les comprimés de <b>160 mg</b> contiennent également de l'oxyde de fer rouge.</p> <p>Les comprimés de <b>320 mg</b> contiennent également de l'oxyde de fer noir et de l'oxyde de fer rouge.</p>

**INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE**

**pms-VALSARTAN** est indiqué pour:

**Hypertension**

- Le traitement de l'hypertension essentielle légère ou modérée.
- **pms-VALSARTAN** peut être administré seul ou en concomitance avec des diurétiques thiazidiques.
- L'efficacité et l'innocuité d'un traitement concomitant par des inhibiteurs de l'ECA n'ont pas été établies.

### **Après un infarctus du myocarde**

- Le valsartan est indiqué pour réduire la mortalité cardiovasculaire chez les patients dont l'état clinique est stable et qui présentent des signes ou des symptômes de dysfonctionnement ventriculaire gauche conjointement à un infarctus aigu du myocarde, dans les cas où l'emploi d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ne convient pas.
- L'association de valsartan et d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) n'ayant pas apporté d'amélioration cliniquement significative de l'issue cardiovasculaire par rapport au valsartan utilisé seul, le recours à cette association n'est pas recommandé.

### **Insuffisance cardiaque chronique**

- **pms-VALSARTAN** peut être employé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique qui ont présenté une intolérance à un IECA. On ne dispose d'aucune donnée indiquant que le valsartan offre des bienfaits supplémentaires lorsqu'il est employé en association avec des IECA (*voir* ESSAIS CLINIQUES).

### **Gériatrie (> 65 ans)**

Dans l'ensemble, aucune différence liée à l'âge n'a été observée au chapitre de l'efficacité et de l'innocuité, mais on ne peut exclure la sensibilité accrue de certains sujets plus âgés.

### **Pédiatrie (< 18 ans)**

L'innocuité et l'efficacité du valsartan n'ont pas été évaluées chez l'enfant et l'adolescent (âgés de moins de 18 ans).

## **CONTRE-INDICATIONS**

- **pms-VALSARTAN** est contre-indiqué chez les patients qui présentent une hypersensibilité au valsartan ou à tout autre ingrédient entrant dans la composition de ce médicament ou de son contenant (*voir* PRÉSENTATION, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT).
- **pms-VALSARTAN** est contre-indiqué chez les femmes enceintes et qui allaitent (*voir* MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières, Femmes qui allaitent).
- L'emploi concomitant d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine [ARA] – y compris **pms-VALSARTAN** - avec des médicaments contenant de l'aliskirène chez des patients atteints de diabète (diabète de type 1 ou de type 2) ou d'insuffisance rénale modérée ou grave ( $DFG < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ) est contre-indiqué (*voir* MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Généralités, Double blocage du système rénine-angiotensine [SRA] ET Fonction rénale ET INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-médicament, Double blocage du système rénineangiotensine [SRA] par les ARA, les IECA ou l'aliskirène).

## MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

### Importantes mises en garde et précautions

Le traitement par un antagoniste des récepteurs AT<sub>1</sub> de l'angiotensine durant la grossesse a été associé à des effets défavorables chez le fœtus et le nouveau-né, y compris la mort. En cas de grossesse, le traitement par **pms-VALSARTAN** doit être interrompu le plus tôt possible (*voir* section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières – Femmes enceintes).

### Œdème de Quincke

Des cas d'œdème de Quincke, touchant notamment le larynx et la glotte, ayant entraîné une obstruction des voies aériennes et/ou une enflure du visage, des lèvres, du pharynx et/ou de la langue ont été signalés chez des patients traités par le valsartan : certains de ces patients avaient déjà présenté ce type de réaction lors de l'emploi d'autres médicaments, y compris des inhibiteurs de l'ECA. Les patients qui présentent un œdème de Quincke doivent immédiatement mettre fin au traitement par **pms-VALSARTAN** et ne jamais le reprendre.

Si un stridor laryngé ou un œdème de Quincke touchant le visage, les membres, les lèvres, la langue ou la glotte survient, on doit interrompre le traitement par **pms-VALSARTAN** sans tarder; il faut traiter le patient de façon adéquate, et le surveiller étroitement jusqu'à ce que l'œdème disparaisse. Dans les cas où l'œdème est limité au visage et aux lèvres, le problème se résorbe généralement sans traitement, bien que des antihistaminiques puissent être utiles pour soulager les symptômes. Lorsque la langue, la glotte ou le larynx sont touchés et risquent d'obstruer les voies aériennes, il faut rapidement administrer un traitement adéquat (incluant, entre autres choses, l'administration sous-cutanée de 0,3 à 0,5 mL d'une solution d'adrénaline à 1:1000) (*voir* EFFETS INDÉSIRABLES – Effets indésirables du médicament signalés après la commercialisation du produit).

**pms-VALSARTAN** ne doit pas être administré aux patients présentant une hypersensibilité connue (anaphylaxie) aux antagonistes des récepteurs de l'angiotensine ou ayant des antécédents d'œdème de Quincke liés à l'emploi de ces médicaments (*voir* EFFETS INDÉSIRABLES – Effets indésirables du médicament signalés après la commercialisation du produit).

### Système cardiovasculaire

#### Hypotension

Une hypotension symptomatique est parfois survenue après l'administration de valsartan, dans certains cas après la première dose. Ce trouble est plus susceptible de se manifester chez les patients qui présentent une hypovolémie imputable à la prise de diurétiques, à un régime hyposodé, à une dialyse, à une diarrhée ou à des vomissements. Étant donné le risque de chute de la tension artérielle chez ces patients, on doit entreprendre le traitement sous étroite surveillance médicale. Ces recommandations s'appliquent également aux patients atteints de cardiopathie ischémique ou de troubles vasculaires cérébraux de nature ischémique, chez qui une baisse excessive de la tension artérielle pourrait provoquer un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral.

La prudence s'impose lorsqu'on amorce un traitement chez un patient ayant subi un infarctus aigu du myocarde. En présence d'insuffisance cardiaque ou durant la période qui suit de près un infarctus du myocarde, il est courant d'observer une baisse de la tension artérielle chez les sujets qui reçoivent du valsartan, mais il n'est habituellement pas nécessaire de mettre fin au traitement si les patients ont été soigneusement évalués avant le début du traitement et si leur état clinique a été jugé stable. Si une hypotension symptomatique vient à se manifester, on doit envisager une réduction de la dose (*voir* POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION – Après un infarctus du myocarde). Chez les patients traités à la suite d'un infarctus du myocarde à l'aide du schéma posologique recommandé de valsartan, la fréquence de l'hypotension en tant qu'événement indésirable grave était plus élevée qu'avec le schéma posologique classique de captopril recommandé dans cette indication (*voir* EFFETS INDÉSIRABLES – Après un infarctus du myocarde).

Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, on a signalé une fréquence accrue d'hypotension. On doit envisager d'assurer une surveillance de ces patients et d'adapter la posologie.

### **Sténose valvulaire**

En théorie, les patients qui présentent une sténose aortique sont particulièrement exposés à une diminution du débit coronaire, en raison de la réduction moindre de la postcharge qu'on observe chez ces patients.

### **Double blocage du système rénine-angiotensine (SRA)**

Des données indiquent que l'administration concomitante d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), y compris valsartan ou d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) avec l'aliskirène augmente le risque d'hypotension, de syncope, d'accident vasculaire cérébral, d'hyperkaliémie et de détérioration de la fonction rénale, y compris l'insuffisance rénale, chez les patients atteints de diabète (de type 1 ou de type 2) et/ou d'insuffisance rénale modérée ou grave (DFG < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>). Par conséquent, l'emploi de valsartan en association avec des médicaments contenant de l'aliskirène est contre-indiqué chez ces patients. L'administration concomitante d'ARA, y compris valsartan, avec d'autres agents qui bloquent le SRA, tels que les IECA ou les médicaments contenant de l'aliskirène, n'est pas recommandée, étant donné que le risque de résultats défavorables ne peut être exclu chez ces patients.

### **Fonction hépatique / biliaire / pancréatique**

Les patients atteints d'une hépatopathie chronique légère ou modérée présentent, en moyenne, une exposition 2 fois plus élevée au valsartan que les volontaires sains, tel que démontré par la mesure de l'ASC et de la C<sub>max</sub>. Par conséquent, la prudence est de mise lorsqu'on administre du valsartan à ces patients (*voir* MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Pharmacocinétique).

### **Fonction rénale**

L'inhibition du système rénine-angiotensine-aldostérone a donné lieu à des altérations de la fonction rénale chez les sujets qui y étaient prédisposés. Chez les patients dont la fonction rénale

dépend de l'activité du système rénine-angiotensine-aldostérone, notamment ceux qui souffrent d'une sténose artérielle rénale bilatérale ou unilatérale (un seul rein) ou qui sont atteints d'insuffisance cardiaque congestive grave, le traitement à l'aide d'agents connus pour inhiber ce système a été associé à une oligurie, à une azotémie progressive et, dans de rares cas, à une insuffisance rénale aiguë ou à la mort. L'emploi concomitant de diurétiques peut accroître le risque chez les patients prédisposés.

Suite à un infarctus du myocarde, un dysfonctionnement rénal majeur a été observé plus fréquemment chez les patients recevant la monothérapie par le valsartan que la monothérapie par le captopril (*voir* EFFETS INDÉSIRABLES – Après un infarctus du myocarde). On ne connaît pas le rôle que pourrait jouer l'abaissement modestement supérieur de la tension artérielle par le valsartan en comparaison du captopril en monothérapie.

On a également observé une fréquence plus élevée d'hyperkaliémie d'importance clinique chez les patients traités par le valsartan (*voir* EFFETS INDÉSIRABLES – Épreuves de laboratoire). Les patients ayant été exposés à des diurétiques épargneurs de potassium et (ou) à des suppléments de potassium étaient plus susceptibles de présenter une hyperkaliémie. Par conséquent, l'emploi de ces agents devrait être soigneusement monitoré ou évité (*voir* INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES – Interactions médicament-médicament - Agents augmentant le taux de potassium sérique).

Certains patients atteints d'insuffisance cardiaque ont présenté une élévation des taux de BUN (azote uréique du sang), de créatinine sérique et de potassium. Ces effets sont plus susceptibles de survenir chez les patients atteints d'une insuffisance rénale préexistante. Il peut être nécessaire de réduire la dose et/ou de mettre fin à l'administration de valsartan. Dans le cadre de l'étude Val-HeFT (*Valsartan in Heart Failure Trial*), au cours de laquelle 93 % des patients prenaient des IECA en concomitance, la fréquence d'abandon du traitement en raison d'élévation des taux de créatinine ou de potassium a été de 1,0 % dans le groupe valsartan comparativement à 0,2 % dans le groupe placebo.

L'emploi du valsartan devrait s'accompagner d'une évaluation appropriée de la fonction rénale.

L'emploi d'ARA – y compris valsartan – ou d'IECA avec des médicaments contenant de l'aliskirène est contre-indiqué chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée ou grave ( $DFG < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ) (*voir* CONTRE-INDICATIONS et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-médicament, Double blocage du système rénineangiotensine [SRA] par les ARA, les IECA ou les médicaments contenant de l'aliskirène).

### **Populations particulières**

**Femmes enceintes :** Administrés aux femmes enceintes, les médicaments qui agissent directement sur le système-rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) peuvent provoquer une morbidité et une mortalité fœtales et néonatales. En cas de grossesse, le traitement par **pms-VALSARTAN** doit être interrompu le plus tôt possible.

L'emploi d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine au cours de la grossesse n'est pas recommandé. Les données épidémiologiques sur le risque de tératogénicité consécutif à l'exposition à un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (autre classe de médicaments agissant sur le SRAA) durant le premier trimestre de la grossesse ne sont pas concluantes. Cependant, la possibilité d'une légère augmentation du risque ne peut être écartée. À la lumière des données dont on dispose, un risque semblable pourrait exister avec les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine. Chez les patientes qui tentent de concevoir, il faut remplacer l'antagoniste des récepteurs de l'angiotensine par un autre antihypertenseur dont l'innocuité durant la grossesse est établie. Dès qu'une grossesse est déclarée, il faut interrompre l'administration de l'antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II et, s'il y a lieu, instaurer un autre traitement.

L'emploi d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine durant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse entraîne des effets toxiques chez le fœtus (diminution de la fonction rénale, oligoamnios, retard de l'ossification crânienne) et le nouveau-né (insuffisance rénale, hypotension, hyperkaliémie).

Des cas de prématurité, de retard de croissance intra-utérine et de persistance du canal artériel ont aussi été signalés, bien qu'il ne soit pas certain que ceux-ci aient été causés par l'exposition au médicament.

Des cas d'avortement spontané, d'oligoamnios et de dysfonctionnement rénal chez le nouveau-né ont été signalés après que des femmes enceintes aient pris du valsartan par inadvertance.

On doit observer de près les nourrissons exposés *in utero* à un antagoniste des récepteurs AT<sub>1</sub> de l'angiotensine II afin de déceler tout signe d'hypotension, d'oligurie et d'hyperkaliémie. En cas d'oligurie, il faut veiller à maintenir une tension artérielle et une perfusion rénale adéquates. Une transfusion d'échange peut être nécessaire afin de contrer l'hypotension ou de pallier l'insuffisance rénale; cependant, d'après le peu d'expérience dont on dispose, ces interventions ne semblent pas se traduire par des bienfaits cliniques importants. La dialyse n'élimine pas le valsartan du plasma.

Données chez l'animal : Aucun effet tératogène n'a été observé par suite de l'administration orale de valsartan à des doses pouvant atteindre 600 mg/kg/jour chez des rates et des souris en gestation, et 10 mg/kg/jour chez des lapines gestantes. Cela dit, des études chez le rat traité oralement par le valsartan à des doses toxiques pour la femelle gravide (réduction du gain pondéral et de l'apport alimentaire), soit de 600 mg/kg/jour durant l'organogenèse ou à la fin de la gestation ou encore au cours de la période de lactation, ont révélé une diminution significative du poids du fœtus, du poids à la naissance et du taux de survie néonatale, de même qu'un léger retard sur le plan du développement. Chez le lapin, une foetotoxicité associée à une toxicité maternelle (mortalité) a été observée à des doses de 5 et de 10 mg/kg/jour.

**Femmes qui allaitent :** On ignore si le valsartan passe dans le lait maternel, mais il se retrouve en quantité importante dans le lait des rates. Étant donné que de nombreux médicaments sont excrétés dans le lait maternel humain et qu'il peut y avoir un risque pour le nourrisson, il faut

cesser soit l'allaitement, soit la prise du médicament, en tenant compte de l'importance du traitement pour la mère.

**Pédiatrie** : L'innocuité et l'efficacité du valsartan n'ont pas été établies chez l'enfant et les adolescents âgés de moins de 18 ans.

**Gériatrie (> 65 ans)** : Dans le cadre des essais cliniques contrôlés, aucune différence liée à l'âge n'a été observée au chapitre des événements indésirables, mais on ne peut écarter une sensibilité accrue chez certains sujets plus âgés.

## **EFFETS INDÉSIRABLES**

### **Effets indésirables du médicament observés au cours des essais cliniques**

*Puisque les essais cliniques sont menés dans des conditions très particulières, les taux des effets indésirables qui sont observés peuvent ne pas refléter les taux observés en pratique et ne doivent pas être comparés aux taux observés dans le cadre des essais cliniques portant sur un autre médicament. Les renseignements sur les effets indésirables d'un médicament qui sont tirés d'essais cliniques s'avèrent utiles pour la détermination des taux des manifestations indésirables liées aux médicaments et pour l'estimation des taux.*

#### **Hypertension**

L'innocuité du valsartan a été évaluée chez plus de 4300 patients hypertendus, dont plus de 600 ont été traités pendant plus de 6 mois, et au-delà de 330, pendant plus de 1 an. De ces patients, 3634 ont reçu du valsartan en monothérapie dans le cadre d'essais cliniques contrôlés.

Au cours d'essais cliniques contrôlés, 3, % des patients traités par valsartan utilisé seul et 4 % des sujets ayant reçu un placebo ont cessé le traitement en raison d'événements indésirables.

Dans le cadre d'essais cliniques contrôlés, on a signalé à de rares occasions les réactions indésirables suivantes, susceptibles d'avoir de graves conséquences : syncope et hypotension.

Les données du tableau qui suit reposent sur des essais contrôlés menés à double insu chez des patients traités par valsartan en monothérapie à des doses variant de 80 à 160 mg/jour. Le tableau fait état de tous les événements indésirables dont l'incidence était de 1 % ou plus au sein du groupe de sujets traités par valsartan, indépendamment du lien avec le médicament à l'étude. Comme l'incidence des événements indésirables ne semblait pas liée à la dose, on les a regroupées sans égard à cette dernière.

**Tableau 1- Hypertension:** Effets indésirables survenus lors d'études contrôlées menées à double insu chez des patients traités par valsartan en monothérapie à des doses allant de 80 à 160 mg/jour

	<b>Valsartan N=2827 %</b>	<b>Placebo N=1007 %</b>
<b>Système nerveux central</b>		
Céphalées	8,5	13,6
Étourdissements	2,8	3,9
<b>Appareil respiratoire</b>		
Infection des voies respiratoires supérieures	2,9	2,3
Toux	2,7	1,3
Rhinite	1,8	2,0
Sinusite	1,5	1,7
Pharyngite	1,3	0,7
Bronchite	1,1	1,3
<b>Appareil digestif</b>		
Diarrhée	2,5	1,6
Douleurs abdominales	1,3	0,9
Nausées	1,5	2,2
Dyspepsie	1,1	1,8
<b>Appareil locomoteur</b>		
Arthralgie	1,3	0,9
Douleurs lombaires	2,2	1,5
<b>Réactions générales</b>		
Fatigue	1,9	1,3
<b>Autres</b>		
Infection virale	3,1	2,6

Lors d'une étude réalisée auprès de patients traités par valsartan à des doses initiales variant de 20 à 320 mg, une fréquence accrue d'étourdissements a été observée pour la dose de 320 mg (9 %) comparativement à celles de 20 à 160 mg (de 2 à 4 %). Au cours d'une autre étude où les patients ont reçu du valsartan à 320 mg au terme d'une augmentation de la posologie, la fréquence des étourdissements a été comparable à celle qu'on a observée à la dose de 160 mg (1 %).

Au cours des essais cliniques contrôlés à double insu, les événements indésirables suivants ont été signalés, à une fréquence de moins de 1 %, chez les patients prenant du valsartan, sans égard au lien avec le médicament : troubles orthostatiques, douleur thoracique, palpitations, myalgie, asthénie, somnolence, vertige, impuissance, épistaxis, alvéolite fibrosante (1 cas), réactions allergiques, urticaire, prurit et éruptions cutanées.

### Après un infarctus du myocarde

Le tableau ci-après expose la fréquence de certains événements indésirables graves (égale ou supérieure à 0,4 % dans l'un ou l'autre des groupes de traitement) pour les groupes valsartan, valsartan + captopril et captopril d'une vaste étude menée à double insu après répartition aléatoire. Les effets indésirables graves reliés à la maladie étudiée ne sont pas inclus dans ce tableau.

**Tableau 2- Après un infarctus du myocarde : Effets indésirables graves sélectionnés par groupe de traitement (population étudiée aux fins de l'innocuité)**

	Valsartan N=4885	Valsartan + Captopril N=4862	Captopril N=4879
	%	%	%
Hypotension <sup>1</sup>	2,8	3,3	2,0
Syncope	0,7	0,6	0,6
Étourdissements	0,4	0,4	0,3
Causes rénales <sup>2</sup>	3,1	3,0	2,0
Hyperkaliémie	0,4	0,6	0,4
Fibrillation auriculaire	1,0	0,7	0,8
Toux	0,3	0,5	0,4
Perturbations gustatives <sup>3</sup>	0,1	0,4	0,3

1. Ce terme comprend les effets indésirables graves reliés à l'hypotension ou à l'hypotension orthostatique.

2. Ce terme comprend les effets indésirables graves reliés à l'insuffisance rénale aiguë, à l'insuffisance rénale chronique ou à l'augmentation de la créatinine sérique.

3. Ce terme comprend l'agueusie, la dysgueusie et l'hypogueusie.

Un dysfonctionnement rénal majeur a été observé chez 3,8 %, 3,7 % et 2,6 % des patients faisant respectivement partie des groupes valsartan, valsartan + captopril et captopril. Le dysfonctionnement rénal majeur a été défini comme étant la mort attribuable à une cause rénale, une manifestation indésirable grave évoquant une insuffisance rénale ou l'interruption temporaire ou définitive du traitement par le médicament à l'étude en raison d'une cause rénale.

### Insuffisance cardiaque

Le profil d'effets indésirables du valsartan chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque a concordé avec la pharmacologie du médicament et l'état de santé des patients, aux doses utilisées dans le cadre de l'étude Val-HeFT.

## **Résultats hématologiques et chimiques anormaux**

### **Épreuves de laboratoire**

À moins d'indication contraire, les résultats présentés ci-dessous proviennent d'études menées dans l'hypertension.

**Hyperkaliémie :** Chez les patients hypertendus, une augmentation de plus de 20 % du potassium sérique a été observée chez 5 % des patients traités par le valsartan, comparativement à 3 % des patients ayant reçu le placebo. L'hyperkaliémie en tant qu'événement indésirable est survenue chez 2,3 %, 2,4 % et 1,5 % des patients ayant subi un infarctus du myocarde et qui ont été traités par le valsartan, par l'association de valsartan et de captopril et par le captopril, respectivement. Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, une augmentation de plus de 20 % du potassium sérique a été observée chez 10 % des patients traités par le valsartan, comparativement à 5,1 % des patients ayant reçu le placebo.

**Créatinine :** Dans le cadre d'essais cliniques contrôlés réalisés chez des patients hypertendus, une faible augmentation de la créatinine a été observée chez 1,1 % des patients traités par le valsartan et chez 0,8 % des patients ayant reçu le placebo. En ce qui a trait aux patients ayant subi un infarctus du myocarde, une créatininémie 2 fois plus élevée a été observée chez 4,2 % des patients traités par le valsartan, 4,8 % des patients traités par l'association de valsartan et de captopril et 3,4 % des patients traités par le captopril. Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, une augmentation de plus de 50 % du taux de créatinine sérique a été observée chez 3,9 % des patients traités par le valsartan, comparativement à 0,9 % des patients ayant reçu le placebo.

**Azote uréique du sang (BUN) :** Dans le cadre d'essais cliniques portant sur l'insuffisance cardiaque, une augmentation de plus de 50 % des taux de BUN a été observée chez 16,6 % des patients traités par le valsartan, comparativement à 6,3 % des patients ayant reçu le placebo.

**Hémoglobine et hématoците :** Au cours d'essais cliniques contrôlés, une diminution de plus de 20 % de l'hémoglobine et de l'hématocrite a été observée chez 0,4 % et 0,8 % respectivement des patients traités par le valsartan, comparativement à 0,1 % et 0,1 % des patients ayant reçu le placebo. Un patient recevant le valsartan a dû interrompre le traitement en raison d'une anémie microcytaire.

**Acide urique :** Lors d'essais cliniques contrôlés par placebo, on a observé une augmentation des concentrations d'acide urique (valeurs de départ comparées aux résultats des dernières épreuves de laboratoire) chez 2,6 % des patients ayant reçu le valsartan en monothérapie, chez 8,2 % des sujets ayant reçu conjointement du valsartan et de l'hydrochlorothiazide, chez 6 % des sujets ayant reçu de l'hydrochlorothiazide seulement et chez 2,3 % des patients ayant reçu un placebo.

**Neutropénie :** Des cas de neutropénie ont été signalés chez 1,9 % des patients traités par le valsartan et 0,8 % des patients ayant reçu le placebo.

Les essais cliniques contrôlés ont révélé la présence d'une thrombocytopénie chez 0,1 % des patients.

### **Effets indésirables du médicament signalés après la commercialisation du produit**

Les données de pharmacovigilance ont fait état des autres réactions indésirables suivantes : anaphylaxie (très rare), œdème de Quincke (avec enflure de la face, des lèvres ou de la langue), dermatite bulleuse (fréquence inconnue), insuffisance rénale (très rare), photosensibilité, augmentation de la tension artérielle et altération du goût.

Les effets indésirables graves suivants, sans égard à la causalité et de fréquence inconnue, ont été signalés lors des essais cliniques ou après la commercialisation du produit : érythrodermie bulleuse avec épidermolyse, syndrome de Stevens-Johnson, érythème polymorphe, toxidermie, nécrose cutanée, éruption cutanée avec desquamation, pemphigus et pemphigoïde.

Des cas de douleur musculaire, de faiblesse musculaire, de myosite et de rhabdomyolyse ont été rapportés chez des patients recevant des antagonistes du récepteur de l'angiotensine II.

Les autres effets indésirables suivants, de fréquence inconnue, ont été signalés lors des essais cliniques ou après la commercialisation du produit : réactions d'hypersensibilité se manifestant notamment par une maladie sérique, une vascularite, de l'insomnie ou une perte de libido. Trouble hépatobiliaire : Une élévation des paramètres de la fonction hépatique (augmentation de la concentration d'enzymes hépatiques), y compris de la bilirubinémie, a été observée.

## **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES**

### **Interactions médicament-médicament**

#### *Diurétiques*

Les patients qui prennent des diurétiques, et plus particulièrement ceux qui en prennent depuis peu, peuvent ressentir, à l'occasion, une baisse excessive de la tension artérielle après l'instauration du traitement par valsartan. On peut réduire les risques d'hypotension symptomatique associés au valsartan en interrompant la prise du diurétique avant le début du traitement (*voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS - Système Cardiovasculaire - Hypotension*). Aucune interaction médicamenteuse significative sur le plan clinique n'a été observée avec les diurétiques thiazidiques.

#### *Agents augmentant le taux de potassium sérique*

L'emploi concomitant de diurétiques d'épargne potassique (p. ex., la spironolactone, le triamtèrene et l'amiloride) ou d'autres médicaments pouvant augmenter le taux de potassium (p. ex., l'héparine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole), de suppléments de potassium ou de succédanés de sel contenant du potassium peut avoir pour effet d'augmenter le taux de potassium sérique.

Comme le valsartan diminue la production d'aldostérone, l'emploi concomitant de diurétiques d'épargne potassique ou de suppléments de potassium n'est indiqué que dans les cas d'hypokaliémie avérée, et nécessite des dosages fréquents du potassium sérique. Il faut aussi user de prudence avec les succédanés de sel contenant du potassium

#### *Lithium*

Une augmentation réversible des concentrations sériques et de la toxicité du lithium a été signalée lors de l'emploi concomitant d'inhibiteurs de l'ECA ou d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, y compris valsartan. Par conséquent, il est recommandé de surveiller étroitement les concentrations sériques de lithium en cas d'administration concomitante de ces agents. Si l'on emploie également un diurétique, les risques de toxicité attribuables au lithium pourraient être accrus avec valsartan.

#### *Sels de lithium*

Comme c'est le cas avec d'autres médicaments qui favorisent l'élimination du sodium, il se peut que la clairance du lithium soit réduite. Par conséquent, on doit surveiller attentivement les concentrations sériques de lithium si l'on administre des sels de lithium.

#### *Warfarine*

L'administration concomitante de valsartan et de warfarine pendant 3 jours n'a pas eu d'effet sur la biodisponibilité du valsartan ni sur le temps de céphaline activé, mais s'est traduite par une augmentation de 12 % du temps de prothrombine.

#### *Digoxine*

L'administration concomitante d'une dose unique de digoxine et d'une dose unique de valsartan n'a pas provoqué d'interaction médicamenteuse significative sur le plan clinique. On ne dispose pas de données à l'état d'équilibre.

#### *Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), y compris inhibiteurs sélectifs de la cyclooxygénase-2 (inhibiteurs de la COX-2) : L'administration concomitante d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et d'AINS peut se traduire par une atténuation de l'effet antihypertenseur. De plus, chez les patients âgés, hypovolémiques (p. ex., ceux qui suivent un traitement par des diurétiques) ou dont la fonction rénale est atteinte, l'administration concomitante d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et d'AINS peut accroître le risque de détérioration de la fonction rénale, au point d'entraîner une insuffisance rénale aiguë dans certains cas. Ainsi, il faut surveiller la fonction rénale lors de l'amorce ou de la modification du traitement, de même qu'à intervalles ponctuels, chez les patients qui prennent des AINS pendant un traitement par le valsartan.

#### *Transporteurs OATP1B1 et/ou MRP2*

Les résultats d'une étude *in vitro* réalisée sur des échantillons de tissu hépatique humain montrent que le valsartan est un substrat des transporteurs OATP1B1 et MRP2 assurant respectivement la capture et l'efflux hépatiques des médicaments. Cela dit, l'administration concomitante d'inhibiteurs du transporteur de capture (rifampine, cyclosporine) ou d'efflux (ritonavir) risque d'accroître l'exposition générale au valsartan.

Double blocage du système rénine-angiotensine (SRA) par les ARA, les IECA ou les médicaments contenant de l'aliskirène Voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Système cardiovasculaire, Double blocage du système rénine angiotensine (SRA).

### **Interactions médicament-aliment**

Voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE - Pharmacocinétique - Absorption

## **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION**

### **Considérations posologiques**

#### **Insuffisance hépatique**

Aucune adaptation posologique initiale ne s'impose chez les patients souffrant d'une hépatopathie légère ou modérée. La prudence est toutefois de rigueur (*voir* MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE - Pharmacocinétique, ainsi que MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Fonction hépatique / biliaire / pancréatique).

#### **Insuffisance rénale**

Aucune adaptation posologique initiale ne s'impose chez les patients atteints d'insuffisance rénale, y compris chez ceux qui subissent une hémodialyse. Une surveillance adéquate de ces patients est toutefois recommandée (*voir* MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE - Pharmacocinétique, ainsi que MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS - Fonction rénale).

#### **Personnes âgées**

Aucune adaptation posologique n'est habituellement nécessaire (*voir* MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS - Populations particulières - Gériatrie).

#### **Traitement concomitant par les diurétiques**

Les patients qui prennent des diurétiques peuvent présenter un déficit volumique et être, en conséquence, plus sujets à l'hypotension par suite de l'instauration d'un traitement antihypertensif additionnel. La prudence s'impose donc au moment d'entreprendre un traitement par valsartan chez ces patients. Dans la mesure du possible, la prise de diurétiques devrait cesser de 2 à 3 jours avant l'administration de valsartan de façon à réduire le risque d'hypotension (*voir* MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS - Hypotension, ainsi qu'INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES - Interactions médicament-médicament - Diurétiques). Si l'état du patient ne permet pas d'interrompre la prise de diurétiques, lui administrer **pms-VALSARTAN** avec prudence et surveiller de près sa tension artérielle. Il convient par la suite d'adapter la posologie en fonction de la réponse du patient.

## **Posologie recommandée et ajustement posologique**

### **Hypertension**

Avant d'instaurer le traitement, il faut tenir compte du traitement médicamenteux antihypertensif antérieur, du degré d'hypertension, de la restriction sodée et d'autres facteurs cliniques pertinents (*voir* MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS - Hypotension). Il peut s'avérer nécessaire d'adapter la posologie des autres antihypertenseurs administrés conjointement avec **pms-VALSARTAN**.

La dose initiale recommandée de **pms-VALSARTAN** est de 80 mg par jour administrée en une seule prise. L'effet antihypertensif du valsartan se manifeste au cours des 2 semaines suivant l'instauration du traitement, l'effet maximal étant habituellement atteint en 4 semaines. Si la tension artérielle n'est pas maîtrisée de façon adéquate, on peut augmenter la dose quotidienne jusqu'à concurrence de 320 mg ou y adjoindre un diurétique thiazidique.

Il n'est pas recommandé de prescrire la dose maximale de 320 mg sans d'abord procéder à une augmentation de la posologie.

**pms-VALSARTAN** doit être pris toujours de la même façon, soit avec ou sans nourriture (*voir* MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE - Profil pharmacocinétique).

### **Après un infarctus du myocarde**

Un traitement par **pms-VALSARTAN** peut être instauré à peine 12 heures après la survenue d'un infarctus du myocarde chez les patients dont l'état clinique est stable. Afin de réduire le risque d'hypotension, on recommande l'administration d'une dose initiale de 20 mg, 2 fois par jour. Par la suite, la dose peut être augmentée en l'espace de 7 jours à 40 mg, 2 fois par jour, puis portée par paliers à la dose d'entretien cible de 160 mg, 2 fois par jour, selon la tolérance du patient. En présence d'une hypotension symptomatique ou d'un dysfonctionnement rénal, on doit envisager de réduire la dose. **pms-VALSARTAN** doit être administré conjointement aux autres traitements traditionnellement utilisés après un infarctus du myocarde, y compris les thrombolytiques, l'aspirine et les statines, selon ce qui est indiqué.

L'emploi concomitant de bêtabloquants et de **pms-VALSARTAN** doit être encouragé dans ce contexte clinique, si cela est indiqué, étant donné que cette association peut réduire davantage et dans une mesure importante le risque relatif, comparativement au valsartan utilisé seul (*voir* PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE – Après un infarctus du myocarde).

### **Insuffisance cardiaque**

La dose de départ recommandée de **pms-VALSARTAN** est de 40 mg, 2 fois par jour. L'augmentation de la dose à 80 puis à 160 mg, 2 fois par jour, doit être effectuée toutes les 2 semaines, en fonction de la dose maximale tolérée par le patient. On doit également envisager de réduire la dose des diurétiques administrés en concomitance. La dose maximale recommandée est de 160 mg, 2 fois par jour.

### **Dose oubliée**

Les patients doivent s'efforcer de prendre leur médicament à la même heure chaque jour, le matin de préférence. Toutefois, s'ils ont oublié de le prendre durant toute une journée, ils doivent prendre la dose suivante à l'heure habituelle. Ils ne doivent pas doubler la dose.

### **SURDOSAGE**

On ne possède que peu de données sur le valsartan concernant le surdosage chez l'être humain. Les manifestations de surdosage les plus probables seraient l'hypotension et la tachycardie; la bradycardie pourrait survenir à la suite d'une stimulation parasympathique (vagale). Des cas de baisse du niveau de conscience, de collapsus cardiovasculaire et d'état de choc ont été signalés. Un traitement d'appoint doit être instauré en cas d'hypotension symptomatique.

La dialyse n'élimine pas le valsartan du plasma.

Pour le traitement d'un surdosage présumé par le médicament, il est recommandé de communiquer avec le centre antipoison régional.

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

### **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE**

#### **Mode d'action**

Le valsartan est un antagoniste des récepteurs AT<sub>1</sub> de l'angiotensine II actif sous forme orale.

Le valsartan agit de façon sélective sur le récepteur de type AT<sub>1</sub>, qui assure la médiation des actions cardiovasculaires connues de l'angiotensine II, principale hormone vasoactive du système rénine-angiotensine. Le récepteur de type AT<sub>2</sub>, présent dans les tissus du cerveau, de l'endomètre, du myomètre ainsi que dans les tissus des reins et des glandes surrénales chez le fœtus, ne semble pas intervenir dans l'homéostasie cardiovasculaire, selon les connaissances actuelles. Le valsartan ne démontre aucune activité agoniste partielle sur le récepteur AT<sub>1</sub> et n'exerce pour ainsi dire aucune activité sur le récepteur AT<sub>2</sub>. Le valsartan ne se lie pas à d'autres récepteurs hormonaux ni aux canaux ioniques connus pour jouer un rôle important dans la régulation cardiovasculaire, non plus qu'il ne les bloque. Le principal métabolite du valsartan, le valeryl 4-hydroxy valsartan, est essentiellement inactif.

L'angiotensine II exerce une vaste gamme d'effets physiologiques. Nombre de ces effets participent directement ou indirectement à la régulation de la tension artérielle. Puissant vasoconstricteur, l'angiotensine II provoque une réponse vasopressive directe. De plus, elle favorise la rétention sodique et la sécrétion d'aldostérone.

Le blocage des récepteurs AT<sub>1</sub> de l'angiotensine II double sinon triple les concentrations plasmatiques de rénine et d'angiotensine II chez les patients hypertendus. On ne connaît pas les effets à long terme d'une stimulation accrue des récepteurs AT<sub>2</sub> par l'angiotensine II.

Le valsartan n'inhibe pas l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), également appelée kinase II, qui assure la transformation de l'angiotensine I en angiotensine II, ainsi que la dégradation de la bradykinine.

L'administration de valsartan aux patients présentant un diabète de type II et une microalbuminurie a entraîné une réduction significative de l'excrétion urinaire d'albumine.

### **Pharmacodynamie**

Le valsartan inhibe l'effet vasopresseur de l'angiotensine II administrée en perfusion. À une dose orale de 80 mg, l'inhibition maximale est d'environ 80 % et l'effet inhibiteur persiste pendant 24 heures dans une proportion d'environ 30 %.

Après l'administration orale d'une dose unique, le délai d'action du valsartan est d'environ 2 heures, l'activité antihypertensive de cet agent atteignant son maximum en 4 à 6 heures chez la plupart des patients.

L'effet antihypertensif du valsartan dure 24 heures. Le ratio de l'effet minimal par rapport à l'effet maximal varie de 0,54 à 0,76. Le valsartan abaisse la tension artérielle des patients hypertendus sans modifier leur pouls.

Après l'administration de doses répétées, la réduction maximale de la tension artérielle est généralement atteinte en 4 semaines, quelle que soit la dose, et persiste durant un traitement à long terme. L'ajout d'hydrochlorothiazide procure une réduction additionnelle.

L'interruption soudaine du traitement par le valsartan ne semble pas provoquer d'effet de rebond.

Bien que les données disponibles à ce jour indiquent que le profil pharmacodynamique du valsartan est le même chez les patients hypertendus de race noire et de race blanche, il n'en demeure pas moins que les antihypertenseurs agissant sur le système rénine-angiotensine, notamment les inhibiteurs de l'ECA et les antagonistes des récepteurs AT<sub>1</sub> de l'angiotensine II, se révèlent en général moins efficaces chez les hypertendus présentant de faibles concentrations de rénine (fait courant dans la population noire). La prudence est donc de mise.

### **Pharmacocinétique**

Étant donné que le profil pharmacocinétique du valsartan est linéaire à des doses variant de 80 à 320 mg, on n'observe pas d'accumulation notable du valsartan dans le plasma par suite de l'administration répétée de cet agent.

Les comprimés et gélules de valsartan se sont révélés bioéquivalents au cours d'une étude croisée avec répartition aléatoire, prévoyant deux traitements, à trois périodes, avec mesure répétée, menée chez 40 volontaires sains et visant à comparer le comprimé dosé à 320 mg à deux

gélules dosées à 160 mg. Les valeurs médianes du  $T_{max}$ , étaient semblables et les valeurs moyennes de la  $C_{max}$  étaient presque identiques (2,75 h par rapport à 3,0 h et 6,162 mg/dL par rapport à 6,164 mg/dL, respectivement pour le comprimé et la gélule). L'ASC  $_{(0 \rightarrow \infty)}$  était de 42,68 h•mg/L pour le comprimé et de 39,829 h•mg/L pour la gélule.

**Absorption :** Les concentrations plasmatiques maximales de valsartan sont atteintes dans les 2 à 4 heures qui suivent l'administration orale du médicament en monothérapie. La biodisponibilité absolue moyenne du valsartan est d'environ 23 %, mais elle varie largement. La prise de valsartan avec de la nourriture réduit l'aire sous la courbe (ASC) des concentrations plasmatiques de valsartan de 48 %. Cependant, après environ 8 heures, les concentrations plasmatiques de valsartan sont similaires, que le patient ait été à jeun ou non. Ces données relatives à l'effet des aliments ont été obtenues avec la présentation de valsartan en gélules. On n'a pas établi jusqu'ici l'effet des aliments associé à la présentation de valsartan en comprimés.

**Distribution :** Le valsartan se lie aux protéines sériques, principalement à l'albumine, dans des proportions variant de 94 à 97 %. Après administration intraveineuse, le volume de distribution du valsartan à l'état d'équilibre est d'environ 17 L, ce qui veut dire que la répartition du valsartan dans les tissus n'est pas très étendue.

**Métabolisme :** Le valsartan ne subit pas de biotransformation importante : seulement environ 20 % de la dose est récupérée sous forme de métabolites. Un métabolite de type hydroxy a été détecté dans le plasma à de faibles concentrations (moins de 10 % de la valeur de l'ASC du valsartan). Ce métabolite est considéré inactif sur le plan pharmacologique. Le système du cytochrome P450 ne semble pas intervenir dans la biotransformation du valsartan. L'enzyme ou les enzymes responsables du métabolisme du valsartan n'ont pas été identifiées.

**Excrétion :** Par suite d'une administration intraveineuse, le valsartan présente un profil cinétique d'élimination bi-exponentiel ( $t_{1/2\alpha} < 1$  heure et  $t_{1/2\beta}$  de 5 à 9 heures). À la suite de l'administration d'une solution orale de valsartan marqué au  $^{14}\text{C}$ , 83 % du valsartan absorbé est essentiellement excrété dans les fèces et 13 %, dans l'urine, principalement sous forme inchangée. Après administration intraveineuse, la clairance plasmatique du valsartan s'établit à environ 2 L/h. Le valsartan a une demi-vie de 6 heures.

### **Populations particulières et états pathologiques**

**Pédiatrie :** L'innocuité et l'efficacité du valsartan chez les enfants et les adolescents (âgés de moins de 18 ans) n'ont pas été établies.

**Gériatrie :** Chez les sujets âgés, l'exposition au valsartan (mesurée d'après l'ASC et la  $C_{max}$ ) est environ 50 % plus grande et la demi-vie, plus longue, que chez les sujets plus jeunes. Cependant, cette différence ne s'est pas révélée significative sur le plan clinique.

**Sexe :** Les concentrations plasmatiques sont en outre similaires chez l'homme et la femme.

**Insuffisance hépatique :** Chez les patients atteints d'une hépatopathie chronique légère ou modérée, l'exposition au valsartan (mesurée d'après l'ASC et la concentration maximale [ $C_{max}$ ])

est en moyenne deux fois plus élevée que chez les volontaires sains (*voir* MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS ainsi que POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION).

**Insuffisance rénale :** La clairance rénale ne représente que 30 % de la clairance plasmatique totale. Il ne semble pas y avoir de corrélation entre la fonction rénale et l'exposition au valsartan, d'après l'ASC et la  $C_{max}$ , chez les patients atteints à divers degrés d'un dysfonctionnement rénal. Chez les patients souffrant d'insuffisance rénale qui subissent une hémodialyse, les données limitées dont on dispose révèlent que l'exposition au valsartan est comparable à celle que l'on observe chez les patients dont la clairance de la créatinine est supérieure à 10 mL/min.

## ENTREPOSAGE ET STABILITÉ

Conserver entre 15 °C et 30 °C. Protéger de la chaleur et de l'humidité

## INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES DE MANIPULATION

Sans objet

## FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT

### Comprimés :

**40 mg :** Chaque comprimé jaune, de forme ovale, sécable, pelliculé portant les inscriptions "V" et "S" divisées par la ligne sécable d'un côté et "40" de l'autre contient 40 mg de valsartan ainsi que les ingrédients non médicinaux suivants: cellulose en poudre, crospovidone, dioxyde de silice colloïdal, laurylsulphate de sodium, et stéarate de magnésium. L'enrobage contient: AD&C jaune no 6 sur substrat d'aluminium, dioxyde de titane, hypromellose, oxyde de fer jaune, polyéthylèneglycol. Disponible en bouteille de PEHD de 100 comprimés et en plaquettes alvéolées de 30 (2 x 15) comprimés.

**80 mg :** Chaque comprimé rouge pâle, de forme ronde, à bords biseautés, pelliculé portant l'inscription "VS" d'un côté et "80" de l'autre contient 80 mg de valsartan ainsi que les ingrédients non médicinaux suivants: cellulose en poudre, crospovidone, dioxyde de silice colloïdal, laurylsulphate de sodium, et stéarate de magnésium. L'enrobage contient: dioxyde de titane, hypromellose, oxyde de fer jaune, oxyde de fer noir et oxyde de fer rouge, polyéthylèneglycol. Disponible en bouteille de PEHD de 100 comprimés et en plaquettes alvéolées de 30(2 x 15) comprimés.

**160 mg :** Chaque comprimé gris orange, de forme ovale, pelliculé portant les inscriptions "VS" d'un côté et "160" de l'autre contient 160 mg de valsartan ainsi que les ingrédients non médicinaux suivants: cellulose en poudre, crospovidone, dioxyde de silice colloïdal, laurylsulphate de sodium, et stéarate de magnésium. L'enrobage contient: dioxyde de titane, hypromellose, oxyde de fer rouge, oxyde de fer jaune, polyéthylèneglycol.

Disponible en bouteille de PEHD de 100 comprimés et en plaquettes alvéolées de 30(2 x 15) comprimés.

**320 mg** : Chaque comprimé gris-violet foncé, de forme ovale, à bords biseautés, pelliculé portant l'inscription "VS" d'un côté et "320" de l'autre contient 320 mg de valsartan ainsi que les ingrédients non médicinaux suivants: cellulose en poudre, crospovidone, dioxyde de silice colloïdal, laurylsulfate de sodium, et stéarate de magnésium. L'enrobage du comprimé contient: dioxyde de titane, hypromellose, oxyde de fer jaune, oxyde de fer noir, oxyde de fer rouge et polyéthylène glycol. Disponible en bouteille de PEHD de 100 comprimés et en plaquettes alvéolées de 30(2 x 15) comprimés.

## PARTIE II: RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES

### RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

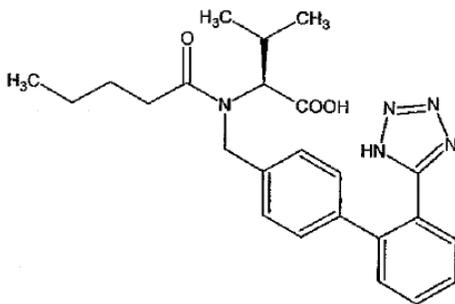
#### Substance pharmaceutique

Dénomination commune : Valsartan

Nom chimique : Acide (S)-3-méthyl-2((pentanoyl) (4-(2-1H-tétrazol-5 yl) phényl) benzyl) amino)-butanoïque

Formule moléculaire et masse moléculaire :  $C_{24}H_{29}N_5O_3$  et 428,53 g/mol

Formule développée :



#### Propriétés physicochimiques :

Description : poudre blanche à blanchâtre amorphe.

Solubilité : très soluble dans l'acétone et très peu soluble dans le méthanol

Point de fusion : 105 °C – 110 °C

Valeurs de pK<sub>a</sub> : 3,9

## ESSAIS CLINIQUES

### Études de biodisponibilité comparative

Une étude de biodisponibilité comparative, unicentrique, aléatoire, à dose unique, à l'insu, en 2 périodes et 2 séquences à administration croisée, comparant la biodisponibilité des comprimés **pms-VALSARTAN** à 160 mg contre les comprimés Diovan<sup>MD</sup> (valsartan) à 160 mg après une dose unique de 160 mg a été effectuée chez 32 sujets sains de sexe masculin dans des conditions de jeûne. Les données sont résumées dans le tableau suivant:

Valsartan (1 x 160 mg comprimé) De données mesurées <b>Aucune correction apportée aux puissances</b> Moyenne géométrique Moyenne arithmétique (CV %)				
Paramètre	Test *	Référence †	% Rapport des moyennes géométriques <sup>§</sup>	Intervalle de confiance à 90% <sup>§</sup>
ASC <sub>T</sub> (ng·h/mL)	15087,2 17257,3 (59,4)	15958,1 18075,7 (56,5)	94,54	81,48-109,69
ASC <sub>I</sub> (ng·h/mL)	16117,4 18209,0 (57,5)	16682,4 18748,3 (56,3)	96,61	83,43-111,88
C <sub>max</sub> (ng/mL)	2544,3 2844,1 (51,5)	2726,5 2967,5 (46,9)	93,32	80,15-108,64
T <sub>max</sub> <sup>§</sup> (h)	2,28 (1,00-5,00)	3,00 (1,00-5,00)		
T <sub>½</sub> <sup>ε</sup> (h)	6,82 (46,0)	6,36 (45,8)		

\* **pms-VALSARTAN**, Pharmascience inc., Montréal, Québec, Canada

† Diovan<sup>MD</sup>, Novartis Pharmaceuticals Canada inc., Dorval, Québec, Canada

§ Représenté sous forme de médiane (étendue) seulement

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

§ Rapport des moyennes géométriques (%) et intervalle de confiance (90%) sont basés sur le l'estimation des moyennes par les moindres carrés

### Données démographiques et plan de l'essai

Sans objet

### Résultats d'étude

#### Hypertension

Un essai contrôlé d'une durée de 6 semaines a porté sur l'incidence de la toux observée chez des patients hypertendus ayant des antécédents de toux durant un traitement par les inhibiteurs de l'ECA. On a constaté que l'incidence de la toux chez les patients traités à l'aide de valsartan était significativement moindre que chez les sujets soumis à nouveau à un inhibiteur de l'ECA. Par ailleurs, une analyse globale des résultats d'essais cliniques menés à double insu chez 4565

patients révèle que l'incidence de toux signalée spontanément était de 2,7 % chez les patients traités par valsartan à la dose de 80 et de 160 mg (n=2827), comparativement à 1,3 % chez les patients ayant reçu un placebo (n=1007). L'incidence de toux associée aux inhibiteurs de l'ECA (n=731) s'établissait à 12,6 %.

Les effets antihypertensifs de valsartan ont été démontrés principalement dans le cadre de 9 études contrôlées par placebo d'une durée de 4 à 12 semaines (dont 1 étude réalisée auprès de patients âgés de plus de 65 ans), durant lesquelles on a administré des doses quotidiennes variant de 10 mg à 320 mg à des patients présentant au départ une tension artérielle diastolique de 95 à 115 mmHg. Ces études ont permis de comparer les schémas d'administration unquotidienne et biquotidienne de valsartan à 160 mg par jour, l'effet minimal et l'effet maximal ainsi que la réponse en fonction du sexe, de l'âge et de l'origine ethnique.

L'administration de valsartan à des patients atteints d'hypertension essentielle entraîne une baisse significative de la tension artérielle systolique et diastolique en position assise, en décubitus et en station debout, avec habituellement peu ou pas de variation orthostatique.

Chez la majorité des patients ayant reçu une dose unique par voie orale, l'activité antihypertensive débute environ 2 heures après la prise du médicament, et la baisse maximale de la tension artérielle se manifeste dans les 6 heures qui suivent son administration. L'effet antihypertensif se maintient durant 24 heures après la prise, mais on observe une diminution de l'effet maximal aux doses moins élevées (40 mg), ce qui témoigne vraisemblablement d'une perte d'inhibition de l'angiotensine II. Aux doses plus élevées (160 mg), toutefois, il y a peu de différence entre l'effet minimal et l'effet maximal. Après l'administration de doses répétées, peu importe la posologie, la baisse de tension artérielle atteint un niveau substantiel en 2 semaines, la baisse maximale étant généralement atteinte après 4 semaines. D'après les études de suivi prolongé (non contrôlées par placebo), l'effet du valsartan semble se maintenir jusqu'à 2 ans. L'effet antihypertensif n'est pas influencé par l'âge, le sexe ou l'origine ethnique.

Le retrait soudain du valsartan n'a pas été associé à une hausse rapide de la tension artérielle.

Les 9 études sur le valsartan en monothérapie réunissaient plus de 2800 patients ayant reçu au hasard différentes doses de valsartan et environ 1100 patients ayant reçu un placebo au terme de la répartition aléatoire. Les doses inférieures à 80 mg ne se sont pas différenciées avec constance du placebo aux concentrations minimales, mais les doses de 80 mg, 160 mg et 320 mg ont entraîné des baisses proportionnelles à la dose de la tension artérielle systolique et diastolique, la différence par rapport au placebo s'établissant à environ 6 à 9/3 à 5 mmHg aux doses de 80 à 160 mg et à 8 à 9/4 à 7 mmHg à la dose de 320 mg. Lors d'une autre étude, les patients ayant reçu après répartition aléatoire le valsartan à raison de 320 mg, 1 fois par jour, ont présenté une diminution de la tension artérielle plus marquée (différence de 2,6/1,2 mmHg, que les patients ayant reçu le valsartan à raison de 160 mg, 1 fois par jour.

Chez les patients n'ayant pas obtenu une réponse adéquate par suite de l'administration du valsartan à 80 mg, 1 fois par jour, on a augmenté la posologie à 160 mg, 1 fois par jour, ou à 80 mg, 2 fois par jour, ce qui a produit une réponse comparable dans les 2 groupes. Durant les

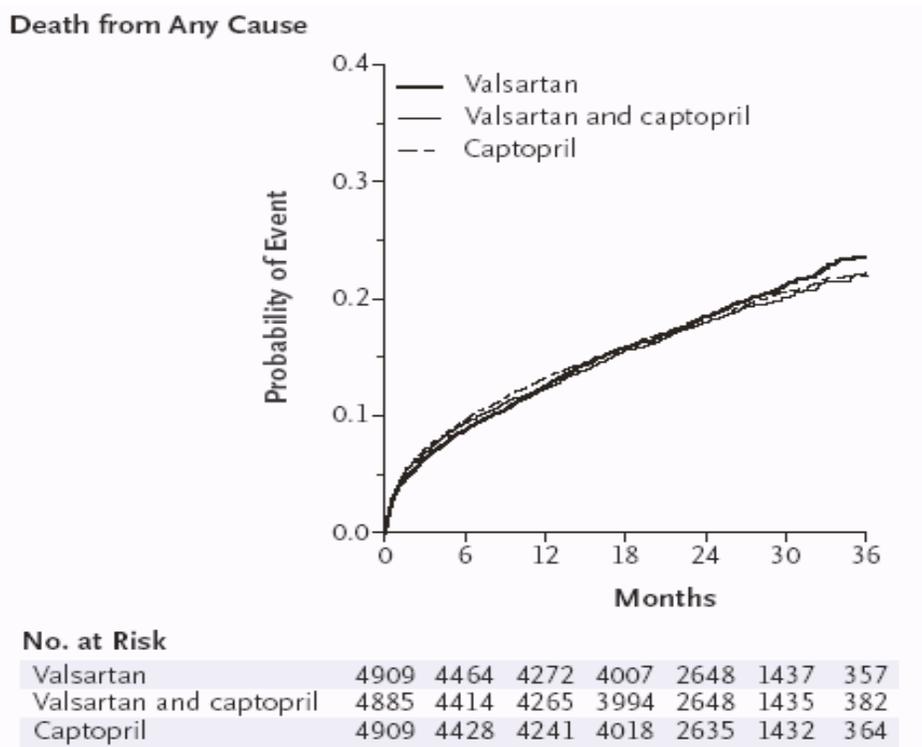
études contrôlées, l'effet antihypertensif du valsartan à 80 mg, 1 fois par jour, était semblable à celui de l'énalapril à 20 mg, 1 fois par jour, et à celui du lisinopril à 10 mg, 1 fois par jour.

La fréquence cardiaque des patients traités par le valsartan lors des études contrôlées est demeurée essentiellement inchangée.

### **Après un infarctus du myocarde**

L'essai VALIANT (*Valsartan In Acute myocardial infarction*), une étude multinationale contrôlée menée à double insu après répartition aléatoire, réunissait 14 703 patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde et présentant des signes ou des symptômes d'insuffisance cardiaque congestive et (ou) l'indication d'un dysfonctionnement ventriculaire gauche systolique (se manifestant par une fraction d'éjection  $\leq 40\%$  à la ventriculographie isotopique ou  $\leq 35\%$  à l'échocardiographie ou à l'angiographie ventriculaire de contraste). L'affectation au hasard des patients dans l'un des 3 groupes de traitement suivants a eu lieu dans les 12 heures à 10 jours ayant suivi l'apparition des symptômes d'infarctus du myocarde : le valsartan (dose initiale de 20 mg, 2 fois par jour, augmentée à la dose la plus élevée pouvant être tolérée par le patient jusqu'à concurrence de 160 mg, 2 fois par jour), le captopril – un inhibiteur de l'ECA - (dose initiale de 6,25 mg, 3 fois par jour, augmentée à la dose la plus élevée pouvant être tolérée par le patient jusqu'à concurrence de 50 mg, 3 fois par jour), ou l'association valsartan-captopril. Dans le groupe recevant le traitement d'association, la dose de valsartan a été augmentée de 20 mg, 2 fois par jour, à la dose la plus élevée pouvant être tolérée par le patient jusqu'à concurrence de 80 mg, 2 fois par jour; le captopril a été administré selon le même schéma que celui qui a été utilisé en monothérapie. La durée moyenne du traitement était de 2 ans. Dans les groupes ayant reçu une monothérapie, la dose quotidienne moyenne de valsartan était de 217 mg, et la dose quotidienne moyenne de captopril était de 104 mg. La dose quotidienne moyenne de valsartan et de captopril s'établissait, respectivement, à 103 mg et à 93 mg dans le groupe ayant reçu le traitement d'association. Le traitement administré au départ comprenait l'acide acétylsalicylique (91 %), les bêta-bloquants (70 %), les inhibiteurs de l'ECA (40 %), les thrombolytiques (35 %) et les statines (34 %). La population à l'étude était constituée à 69 % d'hommes, à 94 % de sujets de race blanche et à 53 % de personnes de 65 ans ou plus. Le paramètre d'évaluation principal était le délai avant la mortalité toutes causes confondues.

Le pourcentage de mortalité toutes causes confondues était semblable dans l'ensemble des groupes de traitement : valsartan (19,9 %), captopril (19,5 %) et valsartan + captopril (19,3 %). Il est à noter que l'association de valsartan et de captopril n'a pas apporté plus de bienfaits que le traitement par le captopril seul. Le rapport des risques de mortalité toutes causes confondues pour le valsartan par rapport au captopril était de 1,00 (IC à 97,5 %, de 0,90 à 1,11;  $p=0,98$ ) et, pour l'association de valsartan et de captopril par rapport au captopril, de 0,98 (IC à 97,5 %, de 0,89 à 1,09;  $p=0,73$ ).



*Traduction des éléments du tableau:*

Death from Any Cause=Mortalité toutes causes confondues

Probability of Event=Probabilité de la manifestation

Months=Mois

Valsartan and captopril=Valsartan et captopril

Axe vertical : 0,0 0,1 0,2 0,3 0,4

#### Nombre de patients à risque

Valsartan	4909	4464	4272	4007	2648	1437	357
Valsartan et captopril	4885	4414	4265	3994	2648	1435	382
Captopril	4909	4428	4241	4018	2635	1432	364

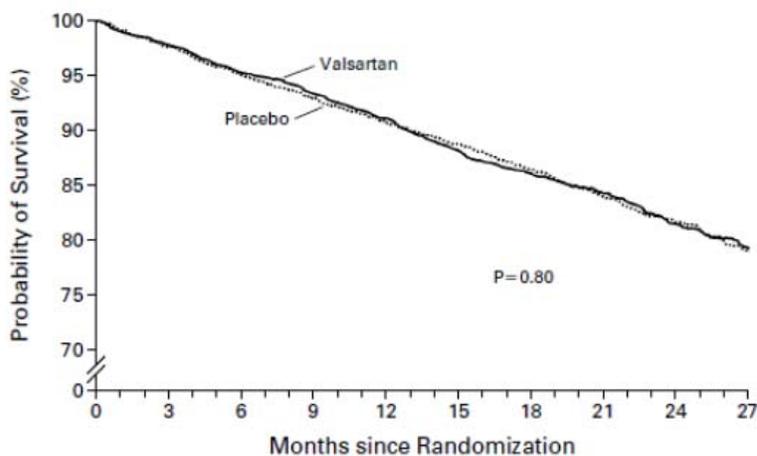
De plus, on n'a noté aucune différence entre les groupes de traitement sur le plan de la mortalité toutes causes confondues ou de la mortalité cardiovasculaire lorsque des bêta-bloquants ont été administrés en concomitance avec le valsartan, le captopril ou l'association valsartan-captopril. Peu importe le traitement à l'étude, la mortalité était environ 70 % plus élevée chez les patients n'ayant pas reçu de bêtabloquant, ce qui suggère que les bienfaits connus des bêtabloquants dans cette population se sont maintenus au cours de cet essai.

### Insuffisance cardiaque

L'étude Val-HeFT (*Valsartan in Heart Failure Trial*) a été menée chez 5010 patients principalement atteints d'insuffisance cardiaque de classes II (62 %) et III (36 %) selon la NYHA, majoritairement des hommes (80 %), de race blanche (90 %), dont l'insuffisance cardiaque est principalement attribuable à une coronaropathie (57 %) ou d'origine idiopathique

(31 %), et dont la fraction d'éjection ventriculaire gauche était inférieure à 40 %. Quarante-sept pour cent des patients étaient âgés de 65 ans ou plus. Les patients ont été répartis de façon aléatoire, à double insu, dans les groupes valsartan à 160 mg (dose cible) ou placebo, administrés 2 fois par jour. Ce traitement à double insu a été administré en plus du traitement jugé adéquat par le médecin traitant : diurétique (86 %), digoxine (67 %), bêta-bloquants (35 % : carvedilol, 15 % et métoprolol, 12 %) et IECA (93 %). À la fin de l'étude, la tension artérielle était en moyenne de 3/2 mm Hg inférieure dans le groupe valsartan (moyenne de 2 ans). L'essai comportait 2 paramètres d'évaluation principaux : (1) mortalité toutes causes confondues et (2) le paramètre combiné de la mortalité toutes causes confondues et de la morbidité, définie par l'arrêt cardiaque avec réanimation, l'hospitalisation attribuable à l'aggravation de l'insuffisance cardiaque ou l'administration intraveineuse d'inotropes ou de vasodilatateurs durant 4 heures ou plus sans hospitalisation.

La figure 2 et le tableau 3 indiquent qu'aucune différence significative n'a été observée au chapitre de la mortalité (le premier paramètre principal) entre les 2 groupes de patients. En ce qui a trait au second paramètre principal, on a constaté une différence statistiquement significative en faveur du valsartan (*voir* le tableau 3). Le bienfait prédominant relatif au paramètre combiné a été dû principalement à une fréquence moins élevée d'hospitalisation attribuable à l'aggravation de l'insuffisance cardiaque dans le groupe valsartan comparativement au groupe placebo ( $p=0,001$ ).



**Figure 2** - Analyse Kaplan-Meier de la probabilité de survie<sup>#</sup>  
<sup>#</sup>Cohn et al, NEJM 2001; 345:1667-75

*Traduction des éléments du graphique:*

Y=Probabilité de survie (%)

$p=0,80$

X=Mois écoulés depuis la répartition aléatoire

**Tableau 3** Incidence et risque relatif de survenue des manifestations composant les paramètres d'évaluation principaux<sup>#</sup>

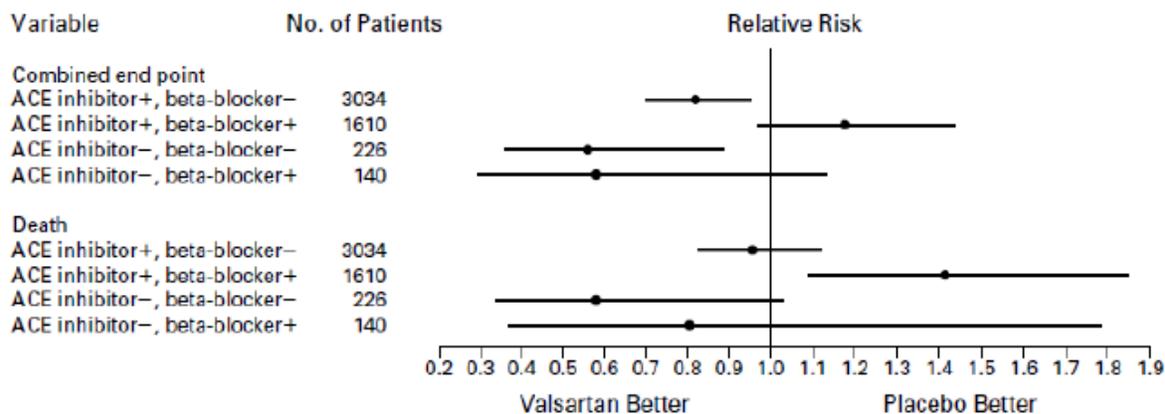
Manifestation	Groupe valsartan (N=2511)	Groupe placebo (N=2499)	Risque relatif (IC) <sup>+</sup>	Valeur de <i>p</i> <sup>†</sup>
N <sup>br</sup> c de cas avec manifestation (%)				
Mortalité toutes causes confondues (pendant toute la durée de l'étude)	495 (19,7)	484 (19,4)	1,02 (0,88 – 1,18)	0,80
Paramètre combiné	723 (28,8)	801 (32,1)	0,87 (0,77 – 0,97)	0,009
Mortalité toutes causes confondues (dès le premier cas)	356 (14,2)	315 (12,6)		
Hospitalisation attribuable à une insuffisance cardiaque	346 (13,8)	455 (18,2)		
Arrêt cardiaque avec réanimation	16 (0,6)	26 (1,0)		
Traitement intraveineux	5 (0,2)	5 (0,2)		

<sup>+</sup> L'intervalle de confiance (IC) à 98 % a été calculé pour le paramètre de mortalité (toutes causes confondues), et l'intervalle de confiance à 97,5 %, pour le paramètre combiné de mortalité et de morbidité.

<sup>†</sup> Les valeurs de *p* ont été calculées au moyen d'un test de Mantel-Haenzel en fonction du délai de survenue de la première manifestation.

<sup>#</sup> Cohn *et al.*, *NEJM* 2001; 345:1667-75

Les résultats obtenus chez les patients recevant différents traitements de fond sont présentés à la figure 3. Les bienfaits du valsartan étaient plus marqués chez les patients ne recevant pas un IECA ni un bêtabloquant. Cependant, des rapports de risque favorables au placebo ont été observés chez les patients traités par une association triple, soit un bêtabloquant, un IECA et un ARA (antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II), le valsartan. Toutefois, ces données ont été obtenues à l'aide d'analyses a posteriori, donc elles peuvent être attribuables au hasard. D'autres études, telles que l'étude VALIANT, dans laquelle le taux de mortalité n'a pas été accru chez ces patients, ont permis d'atténuer les inquiétudes à l'égard de la trithérapie.



**Figure 3** Risques relatifs et intervalles de confiance à 95 % pour le paramètre combiné (mortalité toutes causes confondues, arrêt cardiaque avec réanimation, hospitalisation attribuable à l'aggravation de l'insuffisance cardiaque ou traitement intraveineux par des inotropes ou des vasodilatateurs)<sup>#</sup>

Traduction des éléments de la figure :

Variable	Nombre de patients	Risque relatif
----------	--------------------	----------------

Paramètre combiné

Inhibiteur de l'ECA +, bêtabloquant -		
Inhibiteur de l'ECA +, bêtabloquant +		
Inhibiteur de l'ECA -, bêtabloquant -		
Inhibiteur de l'ECA -, bêtabloquant +		

Mortalité

Inhibiteur de l'ECA +, bêtabloquant -		
Inhibiteur de l'ECA +, bêtabloquant +		
Inhibiteur de l'ECA -, bêtabloquant -		
Inhibiteur de l'ECA -, bêtabloquant +		

En faveur du valsartan

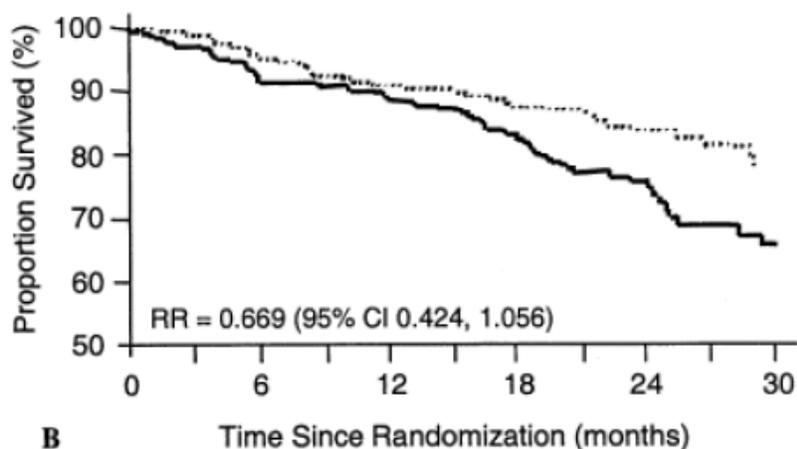
En faveur du placebo

Selon le traitement de fond administré au départ, calculé en fonction des moyennes d'un modèle de régression de Cox

ECA signifie *enzyme de conversion de l'angiotensine*, et le symbole « + », l'utilisation du médicament, et le symbole « - », non-utilisation.

<sup>#</sup> Cohn *et al.*, *NEJM* 2001; 345:1667-75

Les résultats obtenus dans un autre sous-groupe de patients non traités par un IECA sont présentés à la figure 4 et au tableau 4. Ces résultats indiquent que le valsartan peut être bénéfique aux patients qui ne sont pas traités par un IECA, bien qu'il soit nécessaire d'obtenir des résultats d'essais spécifiquement conçus pour vérifier cette hypothèse.



**Figure 4** Courbes de Kaplan-Meier de la mortalité dans les groupes valsartan (ligne pointillée) et placebo (ligne pleine) en l'absence de traitement de fond par un IECA ( $p=0,017$ , par test de Mantel-Haenzel)<sup>†</sup>

Traduction des éléments du graphique:

Y=Proportion de patients ayant survécu (%)

RR=0,669 (IC à 95 %; 0,424, 1,056)

X=Temps écoulé depuis la répartition aléatoire (mois)

<sup>†</sup> Maggioni AP *et al.* *J Am Coll Cardiol* 2002; 40:1414-1421

**Tableau 4 :** Manifestations cliniques chez les patients non traités par des IECA :

A) Paramètres de mortalité et de morbidité et B) Total des hospitalisations évaluées par l'investigateur<sup>‡</sup>

A	Groupe valsartan (n=185)	Groupe placebo (n=181)	RR <sup>†</sup>	IC à 95 % <sup>†</sup>	Valeur de p <sup>†</sup>
Paramètres principaux					
Mortalité toutes causes confondues	32 (17,3 %)	49 (27,1 %)	0,67	0,42-1,06	0,017 <sup>‡</sup>
Mortalité/morbidité	46 (24,9 %)	77 (42,5 %)	0,56	0,39-0,81	<0,001 <sup>‡</sup>
Paramètres secondaires de mortalité/morbidité (survenue du premier cas)					
Mortalité d'origine cardiovasculaire	29 (15,7 %)	40 (22,1 %)	0,76	0,46-1,24	0,074
Morbidité non mortelle	24 (13,0 %)	49 (27,1 %)	0,46	0,28-0,76	<0,001 <sup>‡</sup>
Mort subite avec réanimation	1 (0,5 %)	2 (1,1 %)	0,46	0,04-5,25	0,529
Traitement de l'IC	0	1 (0,6 %)	---	---	---
Hospitalisation attribuable à l'IC	24 (13,0 %)	48 (26,5 %)	0,47	0,29-0,78	<0,001 <sup>‡</sup>

<b>B</b>	<b>Valsartan</b>	<b>Placebo</b>	<b>Diff. §</b>	<b>Diff. (%)</b>	<b>Valeur de p ¶</b>
Cause d'hospitalisation					
Toutes causes confondues	199	262	-63	-24,0	0,260
Attribuable à l'IC	51	117	-66	-56,4	0,010 ‡
Non attribuable à l'IC	148	145	3	2,1	0,567

+ Rapport de risque (RR) et IC à 95% obtenus à l'aide d'un modèle de régression de Cox, ajustés en fonction de la classe de la New York Heart Association (NYHA), de la fraction d'éjection ventriculaire gauche, de l'emploi de bêta-bloquants au départ, de l'étiologie et du groupe d'âge. †D'après des tests de Mantel-Haenzel

‡ Pertinence statistique à  $p < 0,05$

§ Différence (valsartan - placebo); Diff. (%) = 100 x Diff./placebo

¶ Calculé par un test de Cochran-Mantel-Haenzel du nombre d'hospitalisations stratifié selon l'emploi de bêta-bloquants et la classe de la NYHA, à l'aide de scores RIDIT modifiés

IC=insuffisance cardiaque

\*Maggioni AP *et al. J Am Coll Cardiol* 2002; 40:1414-1421

**Tableau 5 : Abandons permanents du traitement à l'étude ‡**

	<b>Valsartan (n=185)</b>	<b>Placebo (n=181)</b>	<b>Total (n=366)</b>	<b>Valeur de p<sup>+</sup></b>
Effets indésirables	18 (9,7 %)	23 (12,7 %)	41 (11,2%)	0,367
Anomalies des épreuves de laboratoire menaçant le pronostic vital	1 (0,5 %)	1 (0,06 %)	2 (0,05 %)	0,988
Hypotension ¶¶	1 (0,5 %)	1 (0,06 %)	2 (0,05 %)	0,988
Autre	12 (6,5 %)	20 (11,1 %)	32 (8,7 %)	0,122
Total	32 (17,3 %)	45 (24,9 %)	77 (21,0%)	0,076

+ Calculé au moyen d'un test du chi carré. ¶¶=Tension artérielle systolique en position debout constamment < 80 mm Hg ou symptômes d'hypotension

\*Maggioni AP *et al. J Am Coll Cardiol* 2002; 40:1414-1421

Les effets indésirables le plus souvent observés, sans égard à la cause, dans les groupes valsartan et placebo ont été, respectivement, les étourdissements (24 % et 19 %) et l'hypotension (15 % et 6 %). L'augmentation moyenne du taux de créatinine sérique a été significativement plus élevée chez les patients traités par le valsartan ( $0,18 \pm 0,02$  vs.  $0,10 \pm 0,02$  mg/dL,  $p=0,009$ ).

## PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE

### Pharmacodynamie

Les données *in vitro* appuient les observations suivantes : le valsartan est un antagoniste spécifique du récepteur de sous-type AT1, qui ne réagit pas aux sites d'autres récepteurs et qui possède pour le récepteur AT1 une affinité de degré semblable chez le rat, le marmouset et chez l'être humain, cette affinité étant significativement moins grande chez le chien. Ces observations sont renforcées par des données provenant d'études *in vivo* et de la littérature médicale. Les études réalisées chez l'animal et l'être humain ne fournissent par ailleurs aucune donnée indiquant que le blocage des récepteurs AT1 par le valsartan et la hausse de l'angiotensine II qui en résulte provoquent des effets arythmogènes.

Chez le rat, la réactivité vasculaire à l'angiotensine II exogène est atténuée par la restriction de sodium et amplifiée en présence d'une charge de sodium. Ces effets sont contraires à ceux démontrés par la zone glomérulée de la corticosurrénale, dont la sensibilité à l'angiotensine II augmente en présence d'une restriction de sodium. Ce phénomène résulte de la modification des taux d'angiotensine II circulante associée à l'altération de l'équilibre sodé. Chez le rat, après un traitement par le valsartan, on observe un taux élevé d'angiotensine II circulante. On peut donc s'attendre à ce qu'il y ait une diminution du nombre de récepteurs disponibles sur la membrane cellulaire, ce qui réduirait l'efficacité du valsartan, mais la densité du récepteur vasculaire et, par conséquent, de la réactivité vasculaire dans le foie n'augmente pas après un traitement de longue durée. Le valsartan ne devrait donc pas produire une internalisation du récepteur de l'angiotensine II ni, de ce fait, une tolérance. Compte tenu de l'augmentation de l'angiotensine II circulante, il est possible que certains effets soient produits par la stimulation du récepteur AT<sub>2</sub>. On ne connaît pas à l'heure actuelle le rôle de ce récepteur. Comme aucun effet indésirable n'a été relevé lors des études précliniques et cliniques, il n'y a pas lieu de croire à une action orchestrée par le récepteur AT<sub>2</sub>

La corrélation qui existe entre les concentrations plasmatiques et la réponse pharmacologique n'est pas très claire. Une observation semblable peut être faite en clinique, où la relation entre les concentrations plasmatiques et la baisse de la tension artérielle demeure incertaine. La variabilité des concentrations plasmatiques est vraisemblablement due à une variabilité de l'absorption, qui est tributaire du pH et qui, par conséquent, donne lieu à une fenêtre d'absorption limitée dans le tube digestif. Néanmoins, le facteur critique de la relation entre les concentrations plasmatiques de médicament et son effet est que, une fois les récepteurs AT<sub>1</sub> bloqués, les concentrations plasmatiques à la hausse contribuent très peu à augmenter l'effet. Par conséquent, cette variabilité individuelle est sans importance majeure.

### **Pharmacocinétique**

Les résultats d'études sur l'absorption, la distribution, la biotransformation et l'élimination font état de tendances assez semblables chez le rat, le marmouset et l'être humain, même si le volume de distribution est plus élevé chez les 2 premières espèces. Chez le rat, la distribution est rapide, et le valsartan se retrouve principalement dans le sang, le plasma, le foie, les poumons et le cortex du rein. Chez les 3 espèces, l'étendue de la liaison aux protéines est comprise entre 94 et 97 %, et la biotransformation est peu importante (> 10 %), l'élimination s'effectuant surtout par la bile. La majeure partie de la dose est éliminée en l'espace de 24 heures, et il ne semble pas y avoir d'accumulation à la suite d'administrations répétées. Le valsartan ne traverse pas la barrière hématoencéphalique ni ne se rend jusqu'au fœtus.

## **MICROBIOLOGIE**

Sans objet

## TOXICOLOGIE

Dans le cadre d'études précliniques visant à évaluer l'innocuité du valsartan, l'administration de fortes doses du médicament (de 200 à 600 mg/kg de poids corporel) à des rats a entraîné une réduction des paramètres concernant les globules rouges (numération érythrocytaire, hémoglobine, hémocrite) de même qu'une modification des effets hémodynamiques rénaux (légère élévation des concentrations plasmatiques d'urée, et hyperplasie des tubules rénaux et basophilie chez les mâles). Ces doses (200 et 600 mg/kg/jour) sont environ 6 et 18 fois plus élevées, respectivement, que la dose maximale recommandée chez l'humain, calculée en mg/m<sup>2</sup> (supposant une dose orale de 320 mg/jour pour un patient de 60 kg). L'administration de doses comparables à des marmousets a donné lieu à des altérations similaires, mais plus graves, particulièrement au niveau du rein, où les modifications ont évolué vers une néphropathie notamment caractérisée par une élévation des taux d'urée et de créatinine. Une hypertrophie des cellules juxtaglomérulaires a également été constatée chez les deux espèces animales. Tous les changements observés ont été considérés comme étant liés à l'action pharmacologique du valsartan, laquelle a entraîné une hypotension prolongée, surtout chez les marmousets. L'hypertrophie des cellules juxtaglomérulaires ne semble pas être un effet pertinent lorsque le valsartan est administré à des doses thérapeutiques chez l'humain. Dans le cadre d'études portant sur le développement embryofœtal (segment II) des souris, des rats et des lapins, une foetotoxicité a été observée en association avec une toxicité maternelle chez les rates et l'administration de doses > 200 mg/kg/jour de valsartan, de même qu'à des doses > 10 mg/kg/jour chez le lapin. Lors d'une étude de toxicité sur le développement périnatal et postnatal (segment III), la progéniture de rates traitées à raison de 600 mg/kg au cours du dernier trimestre de gestation et durant la lactation affichait un taux de survie légèrement inférieur ainsi qu'un faible retard de développement (*voir la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Populations particulières – Femmes enceintes*). Les principales observations précliniques concernant l'innocuité du valsartan sur les reins et ses effets connexes sont attribuables à l'action pharmacologique du composé. Aucun effet mutagène ni clastogène, ni anomalie de la capacité de reproduction n'a été observé chez le rat; aucune indication de carcinogénicité liée au médicament n'a non plus été relevée chez la souris et le rat.

### Toxicité aiguë

Espèce	Voie d'adm.	Durée	Dose mg/kg	Principales observations
Rat	Gavage	Aiguë	100	Aucun effet indésirable observé
Rat	Gavage	Aiguë	1000, 2000	2000 mg/kg : diarrhée, présence d'une substance blanche (similaire à la substance utilisée dans le cadre de l'épreuve) dans les fèces DL <sub>50</sub> approx. > 2000 mg/kg
Marmoset	Gavage	Aiguë	600, 1000	Aucun effet à 600 mg/kg. 1000 mg/kg : vomissements, présence d'une substance blanche (similaire à la substance utilisée dans le cadre de l'épreuve) dans les

Espèce	Voie d'adm.	Durée	Dose mg/kg	Principales observations
				vomissements DL <sub>50</sub> approx. > 1000 mg/kg

### Toxicité chronique

Espèce	Voie d'adm.	Durée	Dose mg/kg	Principales observations
Rat	Gavage	14 jours	60, 200, 600	Augmentation de l'urée à 200 et à 600 mg/kg DSEO=60 mg/kg
Marmouset	Gavage	14 jours	60, 200, 600	Vomissements et ↑ légère ou modérée de l'urée à 600 mg/kg DSEO=200 mg/kg
Rat	IV	14 jours	10, 30, 100	Aucun effet indésirable observé DSEIO=100 mg/kg
Marmouset	IV	14 jours	6, 20, 60	Aucun effet indésirable observé DSEIO=60 mg/kg
Rat	Gavage	91 jours	60, 200, 600	200 et 600 mg/kg : ↑ de l'urée 600 mg/kg : Hyperplasie tubulaire rénale, hypertrophie de l'artériole glomérulaire, anémie avec réponse régénérative DSEO=60 mg/kg
Marmouset	Gavage	91 jours	30, 60, 200, 600 - 400	Augmentation de l'urée et de la créatinine plasmatiques à partir de 200 mg/kg Néphropathie à 200 et à 600 mg/kg ↑ de la phosphatase alcaline à 400 mg/kg Anémie à partir de 200 mg/kg Hypertrophie de l'artériole glomérulaire à 400 mg/kg Hypertrophie du cortex surrénalien à partir de 200 mg/kg chez les femelles Cachexie et 3 décès à 600 mg/kg Un décès à 200 mg/kg et un autre à 400 mg/kg durant la période de rétablissement DSEO=60 mg/kg
Rat	Gavage	12 mois	20, 60, 200	Augmentation de l'urée à 60 mg/kg Anémie et hypertrophie artériolaire rénale à 200 mg/kg DSEIO=20 mg/kg
Marmouset	Gavage	12 mois	12, 40, 120	Augmentation de l'urée et de la créatinine à 40 mg/kg et à 120 mg/kg DSEIO=12 mg/kg

DSEO Dose sans effet observable

DSEIO Dose sans effet indésirable observable

## Reproduction et tératologie

### Segment I

Espèce	Voie d'adm.	Durée du traitement	Dose (mg/kg)	Principales observations
Rat	Gavage	M - 90 jours F – des jours 14 à 19 ou 14 à 20+	10, 50, 200	Réduction de l'activité motrice à 200 mg/kg chez les femelles (F) Aucun effet sur la fertilité ni sur la fonction reproductrice des générations F <sub>0</sub> et F <sub>1</sub> non plus que sur le développement de la génération F <sub>1</sub> Aucun effet sur le développement des reins

### Segment II

Souris	Gavage	Jours 6 à 15	60, 200, 600	Aucune embryotoxicité, foetotoxicité ni tératogénicité à 600 mg/kg
Rat	Gavage	Jours 6 à 15	60, 200, 600	Réduction du gain pondéral maternel à 200 et à 600 mg/kg et du poids du fœtus à 600 mg/kg Aucune embryotoxicité, foetotoxicité ni tératogénicité à 600 mg/kg
Lapin (établissement de la dose)	Brevage	Jours 6 à 18	2,5, 15, 30, 45, 50, 150	Pertes des rejets et décès à 15 mg/kg et plus Une perte de rejeton (1/5) à 2,5 mg/kg
Lapin	Gavage	Jours 6 à 18 Jours 7 à 19	2, 5, 10	Incidence accrue de fœtus de petit poids à 5 mg/kg Perte de rejeton et avortement à 5 et à 10 mg/kg Aucune tératogénicité à 10 mg/kg

### Segment III

Rat	Gavage	Jours 15 à 20 ou 20+	60, 200, 600	Légère réduction du taux de survie postnatal et faible retard de développement dans la génération F <sub>1</sub> , conjointement avec une réduction du gain pondéral maternel à 600 mg/kg Aucun effet sur le développement des reins
-----	--------	-------------------------	--------------	---

+ Nombre de jours après le postpartum

## Mutagenèse

Aucun effet mutagène ni clastogène n'a été associé au composé au cours des épreuves de mutagenicité portant sur un éventail de critères.

### *In vitro*

Épreuve	Système	mcg/mL ou *boîte de Pétri	Commentaires
Pouvoir mutagène	Bactérie**	*5.0 – 5000,0	Négatif
Pouvoir mutagène	Bactérie***	*5000,0	Négatif
Mutation génétique	Cellules de hamsters chinois (V79)	81.88 – 5550,00	Négatif
Aberration chromosomique	Cellule de hamsters chinois (ovaire)	81.88 – 1310,00	Négatif

### *In vivo*

Épreuve	Système	mg/kg	Commentaires
Micronucléus	Rat	781,3 - 3 125,0	Négatif

\*\* S typhimurium - TA98, TA100, TA1537; E coli - WP2uvrA

\*\*\* S typhimurium - TA98, TA100, TA1535, TA1537; E coli - WP2uvrA

## Carcinogénèse

Souris	Diète	2 ans	10, 40, 160	Hyperplasie de la muqueuse gastrique chez les mâles Réduction du gain pondéral à $\geq$ 10 mg/kg Aucun effet carcinogène
Rat	Diète	2 ans	10, 50, 200	Réduction du gain pondéral, anémie et néphropathie à $\geq$ 50 mg/kg Augmentation de l'urée et de la créatinine, ainsi que réduction des protéines totales et de l'albumine à 200 mg/kg Aucun effet carcinogène

## RÉFÉRENCES

1. Benz J, Oshrain C, *et al.* Valsartan, a new Angiotensin II receptor antagonist: A double-blind study comparing the incidence of cough with Lisinopril and Hydrochlorothiazide. *J Clin Pharmacol* 1997; 37: 101-107.
2. Black HR, Graff A, *et al.* Valsartan, a new angiotensin II antagonist for the treatment of essential hypertension: Efficacy, tolerability and safety compared to an angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril. *J of Human Hypertension* 1997; 11: 483-489.
3. Bremner AD, Mehring GH and Meilenbrock S. Long-term systemic tolerability of valsartan compared with lisinopril in elderly hypertensive patients. *Advances in Therapy* 1997; 14 (5): 245-253, 1997.
4. Holwerda NJ, Fogari R, *et al.* Valsartan, a new angiotensin II antagonist for the treatment of essential hypertension: Efficacy and safety compared with placebo and enalapril. *J of Hypertension* 1996; 14: 1147-1151.
5. Mallion J-M, Boutelant S, *et al.* Valsartan, a new angiotensin II antagonist; blood pressure reduction in essential hypertension compared with an angiotensin converting enzyme inhibitor, enalapril. *J Blood Pressure Monitoring*. 1997; 2 (3-4): 1-5.
6. Neutel J, Weber M, *et al.* Valsartan, a new angiotensin II antagonist: Antihypertensive effects over 24 hours. *Clin Therapeutics*. 1997; 19 (3): 447-458.
7. Oparil S, Dyke S, *et al.* The efficacy and safety of valsartan compared with placebo in the treatment of patients with essential hypertension. *Clin Therapeutics*. 1996; 18 (5): 797-810.
8. Viberti G, Wheeldon NM *et al.*, for the Microalbuminuria Reduction With VALsartan (MARVAL) Study Investigators. Microalbuminuria reduction with valsrtan in patients with type 2 diabetes mellitus: a blood pressure-independent effect. *Circulation*. 106: 672-678, 2002.
9. Muirhead N, Feagan BF, Mahon J, *et al.* The effects of valsartan and captopril on reducing microalbuminuria in patients with type 2 diabetes mellitus: a placebo-controlled trial. *Curr. Ther. Res.* 60: 650-660, 1999.
10. Pfeffer MA, McMurray JJV, Velazquez EJ, *et al.* The VALsartan In Acute myocardial iNfarcTion trial (VALIANT). *N Engl J Med*. 349(20): 1893-1906, 2003.
11. Cohn JN, Tognoni G; for the Valsartan Heart Failure Trial Investigators. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med*. 345 (23):1667-75, 2001.

12. Maggioni AP, Anand I, Gottlieb SO, et al. on behalf of the Val-HeFT Investigators. Effects of Valsartan on morbidity and mortality in patients with heart failure not receiving angiotensin-converting enzyme inhibitors. *JACC* 40:1414-21, 2002.
13. Monographie de produit Diovan<sup>MD</sup> (Novartis Pharmaceuticals Canada. inc.) date de révision: le 12 mai 2015, numéro de contrôle: 181889.

### PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR

Pr **pms-VALSARTAN**  
**Comprimés de valsartan, USP**  
**40 mg, 80 mg, 160 mg et 320 mg**

Veillez lire le présent dépliant attentivement avant d'entreprendre votre traitement par **pms-VALSARTAN** et chaque fois que vous renouvellez votre ordonnance. Ce dépliant n'est qu'un résumé et ne donne donc pas tous les renseignements pertinents au sujet de **pms-VALSARTAN**. Pour toute question au sujet de votre état de santé et de votre traitement, consultez votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien; ils pourront également vous transmettre tout nouveau renseignement à propos de **pms-VALSARTAN**.

#### AU SUJET DE CE MÉDICAMENT

##### Les raisons d'utiliser ce médicament :

##### **Hypertension artérielle (haute pression) :**

**pms-VALSARTAN** réduit la tension artérielle.

##### **Après une crise cardiaque (infarctus du myocarde) :**

**pms-VALSARTAN** peut être utilisé pour traiter les personnes ayant subi une crise cardiaque lorsque l'emploi d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), médicament faisant partie du traitement traditionnellement utilisé dans cette situation, ne convient pas.

##### **Insuffisance cardiaque chronique :**

**pms-VALSARTAN** est employé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique qui ne peuvent tolérer le traitement standard par des médicaments appelés IECA. Rien n'indique que **pms-VALSARTAN** offre un bienfait supplémentaire lorsqu'il est employé avec des IECA.

##### Les effets de ce médicament :

**pms-VALSARTAN** est un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, (ARA). On reconnaît un ARA à son ingrédient médicamenteux, dont le nom se termine par « SARTAN ».

Ce médicament ne guérit pas l'hypertension. Il aide simplement à la maîtriser. Il est donc important que vous continuiez à prendre **pms-VALSARTAN** régulièrement, même si vous vous sentez bien.

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

Ne prenez pas **pms-VALSARTAN** si:

- vous êtes allergique au valsartan ou à tout autre ingrédient non médicamenteux de cette préparation ;
- vous avez déjà souffert d'une réaction allergique appelée *œdème angioneurotique* ou *œdème de Quincke*, caractérisée par l'enflure des mains, des pieds ou des chevilles, du visage, des lèvres, de la langue, de la gorge, ou par une

difficulté soudaine à respirer ou à avaler, pendant que vous preniez un ARA. Si tel est le cas, assurez-vous d'en informer votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien ;

- vous prenez un médicament contenant de l'aliskirène, et vous êtes atteint de diabète ou d'une maladie rénale ;
- vous êtes enceinte ou vous prévoyez le devenir. La prise de **pms-VALSARTAN** durant la grossesse peut entraîner des lésions au fœtus, voire causer sa mort ;
- vous allaitez. Il est possible que **pms-VALSARTAN** passe dans le lait maternel.

##### L'ingrédient médicamenteux :

Le valsartan.

##### Les ingrédients non médicamenteux importants :

Cellulose en poudre, croscopovidone, dioxyde de silice colloïdal, dioxyde de titane, hydroxypropylméthylcellulose, laurylsulfate de sodium, oxyde de fer jaune, polyéthylène glycol et stéarate de magnésium.

Les comprimés dosés à **40 mg** contiennent aussi: AD&C jaune n° 6 sur substrat d'aluminium.

Les comprimés dosés à **80 mg** contiennent aussi: oxyde de fer noir. Les comprimés dosés à **160 mg** contiennent aussi : oxyde de fer rouge.

Les comprimés dosés à **320 mg** contiennent aussi: oxyde de fer noir et oxyde de fer rouge.

##### Les formes posologiques :

**Comprimés** : 40 mg, 80 mg, 160 mg et 320 mg.

Le comprimé enrobé **pms-VALSARTAN** à 40 mg peut être divisé en deux de manière à obtenir une dose de 20 mg. Une ligne sécable a été faite à cet effet sur l'une des faces du comprimé.

#### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

**Importantes mises en garde et précautions – Grossesse**  
**pms-VALSARTAN ne doit pas être pris durant la grossesse. Si vous constatez que vous êtes enceinte durant votre traitement par pms-VALSARTAN, cessez de prendre votre médicament et communiquez avec votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien le plus tôt possible.**

**AVANT de prendre pms-VALSARTAN, vous devez informer votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien si vous :**

- avez souffert d'une réaction allergique à n'importe quel médicament, y compris tout médicament employé pour diminuer la tension artérielle, tel qu'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA);présentez un rétrécissement d'une artère ou d'une valve cardiaque ;
- avez souffert d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral ;
- êtes atteint d'insuffisance cardiaque ;

- êtes atteint de diabète ou d'une maladie du foie ou des reins ;
- avez recours à la dialyse ;
- êtes déshydraté ou êtes pris de vomissements graves ou de diarrhée, ou si vous transpirez abondamment ;
- prenez un succédané de sel qui contient du potassium, des suppléments de potassium ou un diurétique d'épargne potassique (un diurétique d'un type particulier qui favorise la rétention du potassium dans l'organisme) ;
- suivez un régime pauvre en sel ;
- prenez un médicament contenant de l'aliskirène employé pour diminuer la tension artérielle. L'association de **pms-VALSARTAN** et d'un tel médicament n'est pas recommandée ;
- prenez un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ;
- êtes âgé de moins de 18 ans.

**Conduite d'un véhicule et utilisation de machinerie :** Attendez de savoir comment vous réagissez à votre traitement par **pms-VALSARTAN** avant d'effectuer des tâches qui exigent de la vigilance. Il est en effet possible que vous ayez des étourdissements, une sensation de tête légère ou que vous vous évanouissiez surtout après avoir reçu votre première dose de **pms-VALSARTAN** ou lorsque la dose de ce médicament est augmentée.

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Comme c'est le cas avec la plupart des médicaments, **pms-VALSARTAN** peut interagir avec d'autres médicaments. Vous devez informer votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien de tous les autres médicaments que vous prenez, y compris ceux qui vous ont été prescrits par un autre médecin, les vitamines, les minéraux, les suppléments d'origine naturelle ou les produits de médecine douce.

**Les produits suivants peuvent interagir avec pms-VALSARTAN :**

- les agents qui augmentent le taux sérique de potassium, tels que les succédanés du sel contenant du potassium, les suppléments de potassium et les diurétiques d'épargne potassique (diurétique d'un type particulier) ou d'autres médicaments pouvant augmenter le taux potassium ;
- le lithium, un médicament indiqué pour le traitement de certaines maladies mentales, telles que le trouble bipolaire ;
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) utilisés pour atténuer la douleur et l'enflure (p. ex., l'ibuprofène, le naproxène et le célécoxib) ;
- les autres médicaments employés pour lutter contre l'hypertension, y compris les diurétiques, les inhibiteurs de l'ECA et l'aliskirène ;
- la rifampine, un antibiotique ;
- la cyclosporine, un médicament utilisé pour prévenir le rejet du greffon à la suite d'une transplantation ;

le ritonavir, un antirétroviral utilisé pour traiter l'infection par le VIH ou le sida.

## UTILISATION APPROPRIÉE DE CE MÉDICAMENT

Prenez **pms-VALSARTAN** exactement comme vous l'a prescrit votre médecin. Avalez les comprimés **pms-VALSARTAN** avec un verre d'eau. Il est recommandé de prendre votre dose de médicament à peu près à la même heure chaque jour, de préférence le matin. **pms-VALSARTAN** peut être pris avec ou sans aliments, mais toujours de la même façon chaque jour. Ne dépassez pas la dose recommandée.

### Posologie habituelle chez l'adulte :

#### **Hypertension artérielle (haute pression) :**

Dose initiale recommandée : 80 mg, 1 fois par jour. On doit augmenter la dose graduellement.

Dose maximale : 320 mg par jour

#### **Après une crise cardiaque (infarctus du myocarde) :**

Dose initiale recommandée : 20 mg, 2 fois par jour

On peut augmenter la dose graduellement.

Dose d'entretien cible : 160 mg, 2 fois par jour

#### **Insuffisance cardiaque chronique :**

Dose initiale recommandée : 40 mg, 2 fois par jour. On doit augmenter la dose graduellement.

Dose maximale : 160 mg, 2 fois par jour

### Surdose :

Si vous croyez avoir pris trop de comprimés **pms-VALSARTAN**, communiquez immédiatement avec votre médecin, votre infirmière, votre pharmacien, l'urgence d'un hôpital ou le centre antipoison de votre région, même si vous ne ressentez aucun symptôme.

### Dose oubliée:

Si vous oubliez de le prendre votre dose durant toute une journée, prenez la prochaine dose à l'heure habituelle. Ne doublez jamais la dose.

## EFFETS SECONDAIRES ET MESURES À PRENDRE

Les effets secondaires possibles de **pms-VALSARTAN** comprennent les suivants :

- étourdissements, sensation de tête légère ;
- somnolence ;
- éruptions cutanées ;
- diarrhée, vomissements, nausées ;
- mal de tête ;
- douleur au dos ou aux jambes, crampes musculaires ;
- douleur et faiblesse musculaires ;
- fatigue inhabituelle et faiblesse ;

- toux ;
- impuissance ;
- saignement de nez ;
- cloques sur la peau (signe de dermatite bulleuse).

Si vous présentez une forme grave de l'un de ces effets indésirables, informez-en votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien.

L'utilisation de **pms-VALSARTAN** peut provoquer des anomalies des résultats des analyses sanguines. Votre médecin décidera de la fréquence à laquelle vous devrez vous prêter à ce type d'analyses et veillera à en interpréter les résultats.

**EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCES ET PROCÉDURES À PRENDRE**

Symptôme / effet		Communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien		Cessez de prendre le médicament et communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien
		Seulement pour les effets secondaires graves	Dans tous les cas	
Fréquent	<b>Réaction allergique :</b> Urticaire, éruption cutanée ou démangeaisons ou autres effets de ce type sur la peau et aux yeux			✓
	<b>Hausse du taux de potassium dans le sang :</b> pouls irrégulier, faiblesse musculaire et malaise général		✓	
Peu fréquent	<b>Basse pression (hypotension) :</b> Étourdissements, évanouissement, ou sensation de tête légère pouvant se produire lorsque vous vous levez après vous être couché ou assis	✓		

**EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCES ET PROCÉDURES À PRENDRE**

Symptôme / effet	Communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien		Cessez de prendre le médicament et
<b>Œdème de Quincke/ réaction allergique :</b> éruptions cutanées, urticaire, enflure des lèvres, du visage ou du cou, de la langue ou de la gorge, accompagnée d'une difficulté respirer, à avaler ou à parler			✓
<b>Troubles rénaux :</b> changement dans la fréquence des mictions, nausées, vomissements, enflure des membres, fatigue		✓	
<b>Troubles du foie :</b> jaunissement des yeux ou de la peau, urines foncées, douleurs abdominales, nausées, vomissements, perte d'appétit		✓	
<b>Rhabdomyolyse:</b> douleur musculaire inexplicable, faiblesse ou sensibilité musculaires, urines brun foncé		✓	
Douleur à l'abdomen		✓	
Fréquence inconnue	<b>Insuffisance cardiaque :</b> essoufflement, difficulté à respirer en position couchée, enflure des pieds ou des jambes		✓
	<b>Vascularite :</b> inflammation des vaisseaux sanguins, taches rouges violacées sur la peau, fièvre, démangeaisons	✓	
	<b>Diminution du nombre de plaquettes :</b> formation de bleus, saignements, fatigue et faiblesse		✓

**EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCES ET PROCÉDURES À PRENDRE**

Symptôme / effet	Communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien	Cessez de prendre le médicament et
Anémie : fatigue, perte d'énergie, faiblesse, essoufflement	✓	
Diminution du nombre de globules blancs : infections, fatigue, fièvre, courbatures, douleurs et symptômes pseudogrippaux, mal de gorge ou ulcères buccaux	✓	
Insomnie	✓	
Symptômes semblables à ceux de la grippe, douleur dans les articulations, pharyngite, inflammation des sinus, congestion ou écoulement nasal, enflure des mains, des chevilles ou des pieds, infection des voies respiratoires supérieures, infection virale	✓	
Palpitations : pouls irrégulier	✓	
Modification de la libido	✓	
Fréquence inconnue Apparition de cloques sur la Peau accompagnée de symptômes tels qu'une éruption cutanée, une rougeur de la peau, des cloques sur les lèvres, les yeux ou la bouche, la peau qui pèle et de la fièvre		✓

*Cette liste d'effets secondaires n'est pas complète. En cas d'effet inattendu ressenti lors de la prise de pms-VALSARTAN, veuillez consulter votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien.*

**COMMENT CONSERVER LE MÉDICAMENT**

Ne prenez pas **pms-VALSARTAN** passé la date de péremption qui figure sur l'emballage.

Conserver entre 15 °C et 30 °C. Protéger de la chaleur et de l'humidité.

Veillez conserver ce produit hors de la portée et de la vue des enfants.

**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](http://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 0701E  
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<sup>MC</sup> Canada à [www.santecanada.gc.ca/medeffet](http://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**

On peut obtenir ce document et la monographie complète du produit, rédigée pour les professionnels de la santé, en communiquant avec le promoteur, Pharmascience inc., au 1-888-550-6060.

Ce dépliant a été rédigé par **Pharmascience inc.**  
Montréal Québec  
H4P 2T4

[www.pharmascience.com](http://www.pharmascience.com)

Dernière révision : 6 avril 2016