

MONOGRAPHIE DE PRODUIT

Pr **TEVA-PIOGLITAZONE**

Comprimés de pioglitazone

15 mg, 30 mg et 45 mg de pioglitazone (sous forme de chlorhydrate de pioglitazone)

Norme Teva

Antidiabétique

Teva Canada Limitée
30 Novopharm Court
Toronto (Ontario)
M1B 2K9

Date de révision :
Le 12 décembre 2025

N° de contrôle de la présentation : 298875

Table des matières

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	3
RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT.....	3
INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE	3
CONTRE-INDICATIONS.....	4
MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS	4
EFFETS INDÉSIRABLES.....	8
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES.....	13
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION	15
SURDOSAGE.....	16
MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE	16
ENTREPOSAGE ET STABILITÉ.....	23
FORMES PHARMACEUTIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT	23
PARTIE II: RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES	24
RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES.....	24
ESSAIS CLINIQUES.....	25
PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE.....	33
TOXICOLOGIE.....	38
RÉFÉRENCES	40
PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR	44

Pr^rTeva-Pioglitazone
Comprimés de pioglitazone

15 mg, 30 mg et 45 mg de pioglitazone (sous forme de chlorhydrate de pioglitazone)

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT

Voie d'administration	Forme pharmaceutique / Teneurs	Ingrédients non médicinaux (liste complète)
Orale	Comprimés / 15 mg, 30 mg, 45 mg	Carmellose calcique, hydroxypropylcellulose, lactose monohydraté, stéarate de magnésium.

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

Indications

Teva-Pioglitazone (chlorhydrate de pioglitazone) est indiqué en monothérapie dans les cas de diabète de type 2 (diabète sucré non insulino-dépendant, DNID) lorsque le régime alimentaire et l'exercice seuls ne parviennent pas à réduire la glycémie.

Teva-Pioglitazone est indiqué en association avec une sulfonylurée ou la metformine lorsque le régime alimentaire, l'exercice et le médicament administré seul ne donnent pas un contrôle glycémique adéquat.

Usage clinique

On recommande le traitement des patients pendant une période suffisante pour évaluer le changement de l'HbA_{1c}, à moins que le contrôle de la glycémie ne se détériore.

Le traitement du diabète de type 2 devrait aussi comporter des conseils en nutrition, une perte de poids s'il y a lieu, et de l'exercice. Ces efforts importants non seulement pour le traitement primaire du diabète de type 2, mais aussi pour le maintien de l'efficacité du traitement médicamenteux.

Gériatrie (≥ 65 ans) :

Aucune différence significative quant à l'efficacité et l'innocuité n'a été observée entre les patients âgés de plus de 65 ans et les sujets plus jeunes pendant les essais cliniques sur la pioglitazone.

Pédiatrie (< 18 ans) :

L'innocuité et l'efficacité de la pioglitazone chez l'enfant n'ont pas été établies. La

pioglitazone n'est pas recommandée chez les patients de moins de 18 ans.

CONTRE-INDICATIONS

Teva-Pioglitazone (chlorhydrate de pioglitazone) est contre-indiqué en présence de :

- état cardiaque de classe I à IV selon les critères de la *New York Heart Association* (NYHA).
- hypersensibilité connue à ce médicament ou à l'un ou l'autre de ses constituants;
- insuffisance hépatique grave (*voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction hépatique*);
- grossesse; l'administration d'insuline pendant la grossesse est recommandée pour contrôler la glycémie. L'administration d'agents antidiabétiques oraux est contre-indiquée (*voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Populations particulières, Femmes enceintes*).
- cancer de la vessie actif ou des antécédents de cancer de la vessie;
- hématurie macroscopique n'ayant pas fait l'objet d'investigation.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Généralités

L'effet de la pioglitazone sur la morbidité et la mortalité n'a pas été établi.

Teva-Pioglitazone exerce son effet antihyperglycémiant uniquement en présence d'insuline. Teva-Pioglitazone ne devrait donc pas être administré aux patients atteints de diabète de type 1, ni pour le traitement de l'acidocétose diabétique.

L'administration concomitante d'Teva-Pioglitazone et d'insuline est contre-indiquée (*voir ESSAIS CLINIQUES*). L'administration concomitante d'Teva-Pioglitazone et de la metformine ET d'une sulfonylurée (trithérapie) n'est pas indiquée.

Prise de poids : Teva-Pioglitazone peut être associé à une prise de poids. Les prises de poids moyennes au cours des études contrôlées sur la monothérapie ont varié de 0,5 à 2,8 kg. Au cours des études contrôlées sur le traitement d'association, les prises de poids moyennes ont varié de 0,95 à 3,0 kg. Si la prise de poids est excessive, il faut réévaluer le traitement (*voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Pharmacodynamie*).

Fractures : Une analyse des données regroupées d'études contrôlées, randomisées et à double insu, a démontré une augmentation de l'incidence des fractures osseuses chez des patientes prenant la pioglitazone par rapport aux femmes traitées par un médicament ne faisant pas partie de la classe des thiazolidinédiones ou un placebo (2,6 % p/r à 1,7 %). La plupart des fractures sont survenues au niveau d'un membre supérieur distal ou d'un membre inférieur distal. Il faut envisager le risque de fracture chez tous les patients traités avec ACT PIOGLITAZONE.

Carcinogénèse et mutagénèse

Voir PARTIE II, TOXICOLOGIE, pour les études chez des animaux.

Cancer de la vessie

Les données précliniques donnent à penser que les utilisateurs de la pioglitazone présentent un risque accru de cancer de la vessie. Une étude de carcinogénicité de deux ans a été menée chez des rats mâles et femelles à des doses orales allant jusqu'à 63 mg/kg (environ 14 fois la dose orale maximale de 45 mg recommandée chez l'humain exprimée en mg/m²). Des tumeurs induites par le médicament n'ont été observées dans aucun organe sauf dans la vessie. Des tumeurs bénignes ou malignes à cellules transitionnelles ont été observées chez les rats mâles aux doses de 4 mg/kg par jour et plus (environ la dose orale maximale recommandée chez l'humain exprimée en mg/m²). Une autre étude de carcinogénicité de deux ans a été menée chez des souris mâles et femelles à des doses orales allant jusqu'à 100 mg/kg par jour (environ 11 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain exprimée en mg/m²). Aucune tumeur induite par le médicament n'a été observée dans les organes.

Lors de deux études cliniques de 3 ans dans lesquelles la pioglitazone a été comparée à un placebo ou au glyburide, on a signalé 16 cas de cancer de la vessie sur 3 656 (0,44 %) chez les patients prenant la pioglitazone comparativement à 5 cas sur 3 679 (0,14 %) chez les patients ne prenant pas la pioglitazone. Après l'exclusion des patients dont l'exposition au médicament à l'étude était inférieure à un an au moment du diagnostic de cancer de la vessie, il y avait six cas (0,16 %) avec la pioglitazone et deux cas (0,05 %) avec le placebo.

On a signalé des cas de cancer de la vessie plus souvent dans une méta-analyse d'essais cliniques contrôlés sur la pioglitazone (19 cas sur 12 506, 0,15 %) que dans les groupes témoins (7 cas sur 10 212, 0,07 %) RR = 2,64 (IC à 95 % : 1,11-6,31, $p = 0,029$). Après l'exclusion des patients dont l'exposition au médicament à l'étude était inférieure à un an au moment du diagnostic de cancer de la vessie, il y avait 7 cas (0,06 %) avec la pioglitazone et 2 cas (0,02 %) dans les groupes témoins.

Des études épidémiologiques semblent indiquer un faible risque accru de cancer de la vessie chez les patients diabétiques traités par la pioglitazone, même si les études n'ont pas toutes révélé un risque accru statistiquement important. Des résultats incohérents et des limitations inhérentes à ces études et à d'autres études empêchent l'interprétation des données observationnelles disponibles.

Le pioglitazone peut être associé à un risque accru de tumeurs de la vessie. Un risque possible après une utilisation à court terme ne peut être exclu. On n'a pas suffisamment de données pour savoir si la pioglitazone est un agent promoteur de tumeurs de la vessie. C'est pourquoi Teva-Pioglitazone ne doit pas être utilisé chez les patients atteints d'un cancer de la vessie actif ou ayant des antécédents de cancer de la vessie (*voir* **CONTRE-INDICATIONS**).

Les facteurs de risque du cancer de la vessie doivent être évalués avant l'instauration d'un traitement par la pioglitazone (les risques comprennent l'âge, l'usage actuel du tabac ou des antécédents d'usage de tabac, des antécédents familiaux de cancer de la vessie, l'exposition à des produits chimiques en milieu de travail ou à certains traitements contre le cancer tels que la cyclophosphamide et une radiothérapie à l'abdomen ou au bassin). Toute hématurie macroscopique doit être évaluée avant le début d'un traitement par la pioglitazone.

Les patients à qui on a prescrit de la pioglitazone doivent être avisés de consulter un médecin si une hématurie macroscopique ou d'autres symptômes, tels que la dysurie ou une urgence mictionnelle, apparaissent pendant le traitement, puisqu'ils peuvent être des symptômes d'un cancer de la vessie.

Appareil cardiovasculaire

Insuffisance cardiaque congestive : Les thiazolidinédiones, comme ACT PIOGLITAZONE, soit en monothérapie ou en association avec d'autres agents antidiabétiques, peuvent causer de la rétention aqueuse susceptible d'entraîner une insuffisance cardiaque congestive. La rétention aqueuse peut dans de très rares cas se présenter sous forme d'une prise de poids excessive et rapide. Il y a lieu de surveiller les signes et symptômes d'effets indésirables liés à la rétention aqueuse et à l'insuffisance cardiaque chez tous les patients. Il faut plus particulièrement surveiller étroitement, les patients qui sont à risque d'insuffisance cardiaque, y compris ceux qui reçoivent un traitement concomitant qui augmente les taux d'insuline (p. ex. sulfonyles) (*voir EFFETS INDÉSIRABLES*).

Le traitement par des thiazolidinédiones, comme ACT PIOGLITAZONE, a été associé à des cas d'insuffisance cardiaque congestive dont certains étaient difficiles à traiter à moins d'interrompre la prise du médicament. Si une détérioration de l'état cardiaque survient, il y a lieu d'interrompre le traitement avec ACT PIOGLITAZONE.

Les patients ayant un syndrome coronarien aigu (SCA) courent un risque accru d'insuffisance cardiaque. Ainsi, compte tenu du fait que la pioglitazone pourrait causer ou aggraver l'insuffisance cardiaque, il n'est pas recommandé d'instaurer un traitement par la pioglitazone chez des patients présentant des manifestations coronariennes aiguës. De plus, l'arrêt de la pioglitazone durant la phase aiguë devrait être envisagé.

Teva-Pioglitazone est contre-indiqué chez les patients présentant une insuffisance cardiaque de classe I, II, III et IV selon les critères de la NYHA. Les patients présentant une insuffisance cardiaque grave (y compris une insuffisance cardiaque de classe III ou IV selon les critères de la NYHA) n'ont pas été étudiés dans le cadre des essais cliniques (*voir ESSAIS CLINIQUES*).

Œdème : Teva-Pioglitazone doit être administré avec prudence en présence d'œdème. Au cours d'études cliniques contrôlées contre placebo, l'incidence d'œdèmes était supérieure chez les patients traités avec la pioglitazone par rapport à ceux des groupes témoins et pourrait être liée à la dose (*voir EFFETS INDÉSIRABLES*). Pour des renseignements sur les œdèmes maculaires, *voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction visuelle*.

Système endocrinien et métabolisme

Hypoglycémie : Aucun cas d'hypoglycémie confirmée n'a été observé lors de l'administration de pioglitazone en monothérapie; on ne devrait d'ailleurs pas s'attendre à la manifestation de ce trouble étant donné le mode d'action du médicament. Les patients qui prennent Teva-Pioglitazone en association avec d'autres agents hypoglycémisants (par ex. des insulinosécréteurs) pourraient être vulnérables aux hypoglycémies. Par conséquent, une baisse de la dose de l'un ou l'autre agent peut être nécessaire.

Fonction hématologique

Dans toutes les études cliniques, les valeurs moyennes de l'hémoglobine ont diminué de 2 à 4 % chez les patients traités avec la pioglitazone, mais sont demeurées en tout temps dans les limites de la normale (y compris en traitement continu allant jusqu'à 18 mois). Dans toutes les études, un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/L pour un homme ou à 100 g/L pour une femme

constituait un critère d'exclusion. Dans les études portant sur la monothérapie, le taux moyen d'hémoglobine a diminué de 151 à 147 g/L, l'éventail des valeurs se situant dans le 10 % des taux les plus bas entre 111 et 125 g/L. Dans une étude de suivi ouverte à long terme de 84 semaines additionnelles portant sur la monothérapie, le taux d'hémoglobine a peu changé, diminuant de 151 à 143 g/L. Dans les études sur le traitement d'association, le taux moyen d'hémoglobine a diminué de 147 à 142 g/L, l'éventail des valeurs se situant dans le 10 % des taux les plus bas entre 100 et 124 g/L. Dans une étude de suivi ouverte à long terme de 72 semaines additionnelles portant sur le traitement d'association, le taux d'hémoglobine a peu changé, diminuant de 147 à 138 g/L. Ces changements peuvent être liés à une augmentation du volume plasmatique et n'ont entraîné aucun effet clinique hématologique significatif (*voir EFFETS INDÉSIRABLES, Résultats hématologiques et de chimie clinique anormaux*).

Fonction hépatique

De rares cas d'atteinte hépatocellulaire grave ont été signalés comme étant liés à l'administration de thiazolidinédiones. **Le traitement avec Teva-Pioglitazone ne doit pas être instauré lorsque les taux initiaux d'enzymes hépatiques sont élevés (ALT > 2,5 fois la limite supérieure de la normale).**

Bien que les données tirées des études cliniques à notre disposition ne révèlent aucune preuve d'hépatotoxicité ou de hausses de l'ALT déclenchées par la pioglitazone, la structure thiazolidinédione de la pioglitazone est la même que celle de la troglitazone, qui a été associée à une hépatotoxicité idiosyncrasique et à de rares cas d'insuffisance hépatique, de greffes de foie et de décès. Après la commercialisation de pioglitazone, des cas d'hépatite, d'élévation des enzymes hépatiques à ≥ 3 fois la limite supérieure de la normale et d'insuffisance hépatique avec ou sans conséquences mortelles ont été signalés. On recommande de surveiller périodiquement les enzymes hépatiques lors d'un traitement avec ACT PIOGLITAZONE. Il convient de vérifier les enzymes hépatiques chez tous les patients avant d'instaurer un traitement avec ACT PIOGLITAZONE. Une fois le traitement avec Teva-Pioglitazone commencé, on recommande de vérifier les enzymes hépatiques périodiquement selon le jugement clinique du professionnel de la santé, lorsque les valeurs initiales sont normales. Lorsque celles-ci sont légèrement élevées (taux d'ALT 1 à 2,5 fois la limite supérieure de la normale) au départ ou pendant le traitement avec ACT PIOGLITAZONE, il y a lieu de rechercher la cause de cette hausse des enzymes hépatiques. L'instauration d'un traitement avec ACT PIOGLITAZONE, ou sa poursuite, en présence de légères hausses des enzymes hépatiques doit s'effectuer avec prudence et comporter un suivi clinique étroit et approprié, incluant des dosages plus fréquents des enzymes hépatiques, afin de déterminer si les hausses se résorbent ou s'aggravent. Dès que les taux d'ALT augmentent à > 3 fois la limite supérieure de la normale pendant un traitement avec ACT PIOGLITAZONE, il faut revérifier les enzymes hépatiques le plus tôt possible. Si les taux d'ALT demeurent > 3 fois la limite supérieure de la normale ou si le patient présente un ictère, il faut interrompre le traitement avec Teva-Pioglitazone (*voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION*). (Pour le traitement en présence d'insuffisance hépatique, *voir Populations particulières*).

Fonction visuelle

L'apparition ou l'aggravation de l'œdème maculaire avec diminution de l'acuité visuelle ont été signalées à de très rares occasions après la mise en marché de la pioglitazone. Dans certains cas, les troubles de la vue ont disparu ou les symptômes se sont atténués après l'arrêt de la pioglitazone. Les

médecins doivent envisager la possibilité d'un œdème maculaire lorsque les patients signalent des problèmes d'acuité visuelle (*voir* **EFFETS INDÉSIRABLES, Effets indésirables observés après la commercialisation du médicament**).

Fonction sexuelle et appareil reproducteur

Chez les patientes anovulatoires préménopausées et insulino-résistantes, l'administration de thiazolidinédiones, y compris ACT PIOGLITAZONE, peut entraîner une reprise de l'ovulation. Ces patientes sont susceptibles de devenir enceintes si aucune mesure adéquate de contraception n'est utilisée.

Populations particulières

Femmes enceintes : Il n'existe aucune étude adéquate et bien contrôlée chez la femme enceinte. L'administration d'Teva-Pioglitazone est contre-indiquée pendant la grossesse. Les données actuelles suggèrent fortement l'existence d'un lien entre une augmentation anormale de la glycémie pendant la grossesse et une plus grande incidence d'anomalies congénitales, ainsi qu'une augmentation de la morbidité et de la mortalité néonatales. La plupart des experts recommandent l'administration d'insuline pendant la grossesse pour maintenir la glycémie le plus près possible de la normale.

Pour de plus amples renseignements, *voir* **TOXICOLOGIE, Reproduction et tératologie**.

Femmes qui allaitent : La pioglitazone est sécrétée dans le lait des rates en lactation. On ignore si la pioglitazone est sécrétée dans le lait humain. Puisque de nombreux médicaments passent dans le lait humain, Teva-Pioglitazone ne devrait pas être administré à la femme qui allaite.

Enfants (< 18 ans) : L'innocuité et l'efficacité d'Teva-Pioglitazone chez l'enfant n'ont pas été établies. Teva-Pioglitazone n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans.

Personnes âgées (≥ 65 ans) : Environ 500 participants aux essais cliniques contrôlés contre placebo portant sur la pioglitazone étaient âgés de 65 ans et plus. Aucune différence significative quant à l'efficacité et l'innocuité n'a été observée entre ces patients et les sujets plus jeunes.

Surveillance et épreuves de laboratoire

Des mesures de la glycémie plasmatique à jeun et de l'HbA_{1c} doivent être effectuées périodiquement afin de surveiller le contrôle de la glycémie et la réponse thérapeutique à ACT PIOGLITAZONE. La surveillance des enzymes hépatiques est recommandée chez tous les patients avant l'instauration du traitement avec Teva-Pioglitazone et périodiquement par la suite selon le jugement clinique du professionnel de la santé (*voir* **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction hépatique et EFFETS INDÉSIRABLES, Résultats hématologiques et de chimie clinique anormaux**).

EFFETS INDÉSIRABLES

Aperçu des effets indésirables

Dans les essais cliniques à l'échelle mondiale, plus de 3 700 patients atteints de diabète de type 2 ont été traités avec la pioglitazone. Dans la plupart des cas, l'incidence des effets indésirables cliniques était semblable chez les patients recevant la pioglitazone en monothérapie et ceux recevant la pioglitazone en association avec des sulfonyles ou de la metformine.

Effets indésirables 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 à un médicament qui sont tirés d'essais cliniques s'avèrent utiles pour la détermination des événements indésirables liés aux médicaments et pour l'approximation des taux.

Le Tableau 1 montre l'incidence globale et les types d'effets indésirables signalés au cours des essais cliniques contrôlés contre placebo portant sur l'administration de pioglitazone en monothérapie à raison de 7,5 mg, 15 mg, 30 mg ou 45 mg une fois par jour.

Tableau 1 - Études cliniques contrôlées contre placebo portant sur l'administration de la pioglitazone en monothérapie : effets indésirables signalés à une fréquence \geq 5 % chez les patients traités avec la pioglitazone

	(% de patients)	
	Placebo n = 259	Pioglitazone n = 606
Infection des voies respiratoires supérieures	8,5	13,2
Céphalées	6,9	9,1
Sinusite	4,6	6,3
Myalgie	2,7	5,4
Trouble dentaire	2,3	5,3
Aggravation du diabète sucré	8,1	5,1
Pharyngite	0,8	5,1

En outre, 4,8 % des patients prenant la pioglitazone ont présenté un œdème, par rapport à 1,2 % de ceux prenant un placebo. Au cours d'une étude de suivi, ouverte à long terme sur la monothérapie, l'incidence cumulative de l'œdème a été de 6,0 % avec la pioglitazone. Des douleurs thoraciques ont été signalées par 2,3 % des patients traités avec la pioglitazone en monothérapie par rapport à 1,5 % de ceux recevant le placebo. Des troubles de la fréquence et du rythme cardiaque ont été signalés chez 1,0 % des patients recevant la pioglitazone en monothérapie par rapport à 1,2 % de ceux recevant le placebo. Une hypoglycémie a été ressentie par 1,2 % des patients sous pioglitazone en monothérapie par rapport à aucun des patients du groupe placebo.

Les effets indésirables signalés fréquemment (fréquence $>$ 1 %, $<$ 10 %) et au moins 0,5 % plus souvent qu'avec le placebo au cours des études à double insu contrôlées contre placebo portant sur

pioglitazone en monothérapie étaient : troubles de la vue, infection des voies respiratoires supérieures, prise de poids et hypo-esthésie.

Les types d'effets indésirables cliniques signalés au cours du traitement avec la pioglitazone en association avec des sulfonyles (N = 373) ou la metformine (N = 168) étaient en général semblables aux effets pendant la monothérapie. Les effets indésirables les plus souvent signalés au cours des études sur l'association de la pioglitazone avec une sulfonyle ou la metformine figurent au Tableau 2.

Tableau 2 - Études contrôlées contre placebo sur l'association de la pioglitazone avec une sulfonyle ou la metformine : effets indésirables signalés à une fréquence $\geq 5\%$ dans un des groupes

Traitement d'association	(% des patients)			
	Sulfonyle		Metformine	
Groupe de traitement	Placebo n = 187	Pioglitazone n = 373	Placebo n = 160	Pioglitazone n = 168
Infection des voies respiratoires supérieures	15,5	16,6	15,6	15,4
Blessure accidentelle	8,6	3,5	3,8	4,2
Œdème périphérique	2,1	5,1	2,5	4,2
Diarrhée	3,7	1,6	6,3	4,8
Maux de tête	3,7	4,8	1,9	6,0

Une hypoglycémie légère à modérée a été signalée pendant les traitements d'association avec une sulfonyle. Au cours des études à double insu sur l'association de la pioglitazone avec une sulfonyle, les hypoglycémies ont été plus fréquentes chez les patients qui avaient d'abord reçu la pioglitazone à 30 mg que chez ceux qui avaient reçu un placebo ou la pioglitazone à 15 mg (Tableau 3).

L'œdème a aussi été plus fréquent chez les patients recevant la pioglitazone à 30 mg (Tableau 3; voir aussi **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Prise de poids, Œdème**).

Tableau 3 - Certains effets indésirables survenus au cours des études contrôlées sur le traitement d'association

Traitement d'association	Sulfonyle			Metformine	
	Placebo	Pioglitazone 15 mg	Pioglitazone 30 mg	Placebo	Pioglitazone 30 mg
N	187 (%)	184 (%)	189 (%)	160 (%)	168 (%)
Hypoglycémie	1 (0,5)	0	7 (3,7)	1 (0,6)	1 (0,6)
Œdème ¹	4 (2,1)	3 (1,6)	25 (13,2)	4 (2,5)	10 (6,0)
Hypertension	2 (1,1)	2 (1,1)	4 (2,1)	2 (1,3)	3 (1,79)
Troubles cardiaques ²	4 (2,1)	7 (3,8)	6 (3,2)	3 (1,9)	1 (0,6)
Ischémie ³	3 (1,6)	1 (0,5)	5 (2,5)	0	1 (0,6)

¹ Œdème et œdème périphérique

² Douleurs thoraciques et anomalies de l'ECG

³ Angine de poitrine, infarctus du myocarde, ischémie myocardique et accidents ischémiques transitoires

Au cours d'une étude de prolongation ouverte, la pioglitazone a été associée à une sulfonyleurée ou la metformine. La dose a été ajustée en fonction de l'HbA_{1c}. Certains effets indésirables survenus pendant cette étude à long terme figurent au Tableau 4. Toutefois, l'étude ne comportait pas de groupe placebo pour vérification du taux de base des effets indésirables.

Tableau 4 - Certains effets indésirables survenus au cours d'une étude ouverte sur le traitement d'association (durée médiane de 67,6 semaines)

Traitement d'association	Sulfonyleurée			Metformine		
	15 mg	30 mg	45 mg	15 mg	30 mg	45 mg
N	46 (%)	81 (%)	109 (%)	5 (%)	75 (%)	74 (%)
Hypoglycémie	6 (13,0)	9 (11,1)	4 (3,7)	1 (20,0)	1 (1,3)	3 (4,1)
Œdème ¹	8 (17,4)	17 (20,9)	24 (22,0)	0	13 (17,3)	11 (14,9)
Hypertension	2 (4,3)	5 (6,2)	9 (8,3)	0	5 (6,7)	3 (4,1)
Troubles cardiaques ²	4 (8,7)	8 (9,9)	12 (11,0)	0	5 (6,7)	7 (9,5)
Ischémie ³	3 (6,5)	0	3 (2,8)	0	3 (4,0)	2 (2,7)

¹ Œdème et œdème périphérique

² Douleurs thoraciques et anomalies de l'ECG

³ Angine de poitrine, infarctus du myocarde, ischémie myocardique et accidents ischémiques transitoires

L'incidence des retraits des essais cliniques en raison d'un effet indésirable autre que l'hyperglycémie était semblable avec le placebo (2,8 %) et la pioglitazone (3,3 %).

Dans tous les essais cliniques, on a observé une prise de poids. Entre autres, une prise de poids excessive a entraîné le retrait de deux patients d'un essai clinique (*voir MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Pharmacodynamie et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS*).

Résultats hématologiques et de chimie clinique anormaux

Hématologiques : Dans toutes les études cliniques, les valeurs moyennes de l'hémoglobine ont diminué de 2 à 4% chez les patients traités avec la pioglitazone. Ces changements sont habituellement survenus au cours des 4 à 12 premières semaines de traitement; les valeurs sont demeurées relativement stables par la suite. Ces changements qui pourraient être liés à l'augmentation du volume plasmatique entraînée par la pioglitazone n'ont été associés à aucun effet clinique hématologique important. Les valeurs sont demeurées dans les limites de la normale en tout temps (y compris pendant le traitement continu allant jusqu'à 18 mois).

Concentrations de CPK : Lors des tests de laboratoires effectués pendant les essais cliniques, on a noté des élévations sporadiques, passagères marquées de la créatinine-phosphokinase (CPK). Une élévation isolée supérieure à 10 fois la limite supérieure de la normale a été observée chez neuf patients (valeurs de 2150 à 11400 UI/L). Six de ces patients ont continué le traitement avec la pioglitazone; deux patients avaient terminé le traitement à l'étude au moment de l'élévation; un patient a abandonné le traitement à l'étude en raison de cette élévation. Les taux de CPK se sont rétablis sans séquelles cliniques apparentes. Le lien entre ces élévations et le traitement avec la pioglitazone n'a pu être établi.

Taux de transaminases sériques : Dans les essais cliniques randomisés à double insu, les valeurs de l'ALT étaient ≥ 3 fois la limite supérieure de la normale chez 4 des 1526 patients traités avec la pioglitazone (0,26 %) et chez 2 des 793 sous placebo (0,25 %). Pendant toutes les études cliniques menées aux États-Unis, les valeurs de l'ALT étaient ≥ 3 fois la limite supérieure de la normale chez 11 des 2561 patients traités avec la pioglitazone (0,43 %). Lors du suivi, les hausses de l'ALT se sont révélées réversibles dans tous les cas. Dans la population de patients traités avec la pioglitazone, les valeurs moyennes de la bilirubine, de l'AST, de l'ALT, de la phosphatase alcaline et de la gamma-glutamyl transférase (GGT) étaient plus faibles à la visite finale comparativement aux valeurs initiales. Moins de 0,12 % des patients traités avec la pioglitazone ont été retirés des essais cliniques en raison de résultats anormaux des épreuves fonctionnelles hépatiques.

Dans les essais cliniques précédant l'homologation du médicament, on n'a observé aucun cas de réaction médicamenteuse idiosyncrasique menant à une insuffisance hépatique.

Effets indésirables observés après la commercialisation du médicament

Les observations faites post-commercialisation lors de l'exposition à la pioglitazone, y compris les rapports non sollicités d'effets indésirables, sont données ci-dessous. Étant donné que les effets indésirables sont signalés volontairement et proviennent d'une population d'une taille inconnue, il n'est pas toujours possible de procéder à une estimation fiable de leur fréquence ni d'établir clairement un lien causal avec l'exposition à la pioglitazone.

Après la commercialisation de la pioglitazone :

- des cas d'insuffisance cardiaque congestive ont été signalés chez des patients présentant ou non des antécédents connus de maladie cardiaque; et
- des cas d'œdèmes pulmonaires ont été signalés.

Des cas d'hépatite et d'élévation des enzymes hépatiques à ≥ 3 fois la limite supérieure de la normale ont été signalés. Très rarement, des patients ont présenté une insuffisance hépatique avec ou sans conséquences mortelles, bien qu'aucun lien de causalité n'ait été établi.

L'apparition ou l'aggravation de l'œdème maculaire (diabétique) avec diminution de l'acuité visuelle ont été signalées à de rares occasions avec la pioglitazone que ce soit en monothérapie ou en traitement d'association. Les patients présentant ces problèmes ont également signalé souvent un œdème périphérique concomitant. Dans certains cas, les symptômes se sont atténués après l'arrêt de la pioglitazone.

Une analyse des données regroupées d'études contrôlées, randomisées et à double insu, a démontré une augmentation de l'incidence des fractures osseuses chez des patientes prenant la pioglitazone par rapport aux femmes traitées par la metformine, une sulfonyleurée ou un placebo (2,6 % par rapport à 1,7 %). La plupart des fractures sont survenues au niveau d'un membre supérieur distal ou d'un membre inférieur distal.

De très rares cas de cancers de la vessie associés à l'emploi de la pioglitazone ont été signalés après la commercialisation de ce produit.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Aperçu

La pioglitazone n'a ni déclenché ni inhibé l'activité du cytochrome P₄₅₀ après avoir été administrée de façon prolongée à des rats ou avoir été incubée avec le cytochrome P₄₅₀ de microsomes hépatiques humains, ce qui montre les effets minimes de la pioglitazone sur les voies métaboliques du foie. L'isoenzyme CYP3A4 du cytochrome P₄₅₀ est partiellement responsable du métabolisme de la pioglitazone.

Les patients qui prenaient des médicaments métabolisés par les enzymes du cytochrome P₄₅₀, y compris les inhibiteurs calciques et les inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, étaient acceptés dans les essais cliniques.

Interactions médicament-médicament

Les résultats des études sur l'association de la pioglitazone et des médicaments suivants chez des volontaires sains sont présentés ci-dessous.

Contraceptifs oraux : L'administration de pioglitazone (45 mg une fois par jour) et d'un contraceptif oral (1 mg de noréthindrone plus 0,035 mg d'éthinylœstradiol une fois par jour) pendant 21 jours, a entraîné des valeurs de la moyenne des moindres carrés (IC à 90 %) de l'éthinylœstradiol de 0,87 (0,78 - 0,96) pour la C_{max} et de 0,89 (0,83 - 0,96) pour l'ASC_(0-24 h). Il n'y a pas eu de changement significatif de la C_{max} et de l'ASC_(0-24 h) pour la noréthindrone. Compte tenu de la grande variabilité de la pharmacocinétique de l'éthinylœstradiol, on ne connaît pas la signification clinique de cette constatation.

Glipizide : Chez des volontaires sains, l'administration conjointe de pioglitazone (45 mg une fois par jour) et de glipizide (5,0 mg une fois par jour) pendant 7 jours n'a pas modifié la pharmacocinétique du glipizide à l'état d'équilibre.

Digoxine : Chez des volontaires sains, l'administration conjointe de pioglitazone (45 mg une fois par jour) et de digoxine (0,25 mg une fois par jour) pendant 7 jours n'a pas modifié la pharmacocinétique de la digoxine à l'état d'équilibre.

Warfarine : Chez des volontaires sains, l'administration conjointe de pioglitazone (45 mg une fois par jour) et de warfarine pendant 7 jours n'a pas modifié la pharmacocinétique de la warfarine à l'état d'équilibre. De plus, la pioglitazone n'exerce aucun effet clinique significatif sur le temps de Quick chez les patients recevant un traitement prolongé par la warfarine.

Metformine : Chez des volontaires sains, l'administration conjointe de metformine (1000 mg) et de pioglitazone à la suite d'un traitement de 7 jours avec la pioglitazone (45 mg une fois par jour) n'a pas modifié la pharmacocinétique de la dose unique de metformine.

Chlorhydrate de fexofénadine : L'administration concomitante de pioglitazone (45 mg une fois par jour) et de 60 mg de fexofénadine administrée par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours n'a entraîné aucun effet significatif sur la pharmacocinétique de la pioglitazone. La pioglitazone n'a pas eu d'effet significatif sur la pharmacocinétique de la fexofénadine administrée le matin.

Toutefois, l'administration concomitante de la pioglitazone et de la fexofénadine administrée le soir a entraîné des valeurs de la moyenne des moindres carrés (IC à 90 %) de la fexofénadine de 1,37 (1,14 - 1,63) pour la C_{\max} et de 1,30 (1,15 - 1,46) pour l' $ASC_{(0-\tau)}$. La signification clinique de cette variation entre le matin et le soir n'est pas connue.

Midazolam : L'administration de pioglitazone (45 mg une fois par jour) pendant 15 jours suivi d'une seule dose de 7,5 mg de sirop de midazolam a entraîné des valeurs de la moyenne des moindres carrés (IC à 90 %) du midazolam inchangé de 0,74 (0,66 - 0,84) pour la C_{\max} et de 0,74 (0,65 - 0,83) pour l' $ASC_{(0-\text{inf})}$.

Chlorhydrate de ranitidine : L'administration concomitante de la pioglitazone (45 mg une fois par jour) et de la ranitidine administrée par voie orale deux fois par jour pendant 4 ou 7 jours n'a entraîné aucun effet significatif sur la pharmacocinétique de la pioglitazone. La pioglitazone n'a exercé aucun effet significatif sur la pharmacocinétique de la ranitidine.

Nifédipine à libération prolongée : L'administration concomitante de pioglitazone (45 mg une fois par jour) pendant 7 jours et de 30 mg de nifédipine à libération prolongée, administrée par voie orale une fois par jour pendant 4 jours à des volontaires de sexe masculin et féminin n'a pas modifié la pharmacocinétique de la nifédipine chez les femmes, mais a entraîné des valeurs de la moyenne des moindres carrés (IC à 90 %) de la nifédipine inchangée de 0,75 (0,62 - 0,91) pour la C_{\max} et de 0,78 (0,69 - 0,88) pour l' $ASC_{(0-\tau)}$ chez les hommes. Compte tenu de la grande variabilité de la pharmacocinétique de la nifédipine, on ne connaît pas la signification clinique de cette constatation.

Kétoconazole : L'administration concomitante de pioglitazone (45 mg une fois par jour) et de 200 mg de kétoconazole administré deux fois par jour pendant 7 jours a entraîné des valeurs de la moyenne des moindres carrés (IC à 90 %) de la pioglitazone totale de 1,17 (1,10 - 1,24) pour la C_{\max} et de 1,21 (1,16 - 1,25) pour l' $ASC_{(0-24\text{ h})}$ et de 1,29 (1,23 - 1,35) pour la C_{\min} . On ne s'attend pas à ce que ces changements aient un effet significatif sur l'efficacité clinique de la pioglitazone.

Atorvastatine calcique : L'administration concomitante de la pioglitazone (45 mg une fois par jour) pendant 7 jours et de l'atorvastatine calcique (LIPITOR^{MC}) à 80 mg une fois par jour a entraîné des valeurs de la moyenne des moindres carrés (IC à 90 %) de la pioglitazone totale de 0,78 (0,70 - 0,88) pour la C_{\max} et de 0,80 (0,73 - 0,88) pour l' $ASC_{(0-24\text{ h})}$ et de 0,89 (0,82 - 0,96) pour la C_{\min} . Pour l'atorvastatine totale, les valeurs de la moyenne des moindres carrés (IC à 90 %) étaient de 0,76 (0,65 - 0,89) pour la C_{\max} et de 0,87 (0,80 - 0,95) pour l' $ASC_{(0-24\text{ h})}$ et de 0,96 (0,88 - 1,04) pour la C_{\min} .

Théophylline : L'administration concomitante de la pioglitazone (45 mg une fois par jour) pendant 7 jours et de la théophylline à 400 mg administrée deux fois par jour n'a pas modifié la pharmacocinétique des médicaments.

Gemfibrozil : L'administration concomitante de la pioglitazone à 30 mg et du gemfibrozil à 600 mg deux fois par jour (un inhibiteur de la CYP2C8) a entraîné une augmentation de 3 fois de l' ASC de la pioglitazone. Étant donné le potentiel d'effets indésirables liés à la dose, il peut être nécessaire de réduire la dose de Teva-Pioglitazone lorsque cet agent est administré en concomitance avec du gemfibrozil. Une surveillance étroite du contrôle glycémique devrait être envisagée.

Rifampicine : L'administration concomitante de la pioglitazone à 30 mg et de la rifampicine à 600 mg une fois par jour (inducteur de la CYP2C8) a entraîné une diminution de 54 % de l'ASC de la pioglitazone. Il peut être nécessaire d'augmenter la dose de pioglitazone lorsque ce médicament est administré en concomitance avec la rifampicine. Une surveillance étroite du contrôle glycémique devrait être envisagée.

Interactions médicament-aliments

Teva-Pioglitazone peut être pris indépendamment des repas. Les aliments prolongent légèrement le temps nécessaire pour atteindre les concentrations sériques maximales sans toutefois modifier le degré d'absorption.

Interactions médicament-herbes médicinales

Aucune interaction médicament-herbes médicinales n'a été établie.

Interactions avec les épreuves de laboratoire

Aucune interaction avec les épreuves de laboratoire n'a été établie.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Considérations posologiques

Le traitement antidiabétique devrait être individualisé. Idéalement, on devrait évaluer la réponse au traitement d'après l'HbA_{1c}, qui constitue un meilleur indicateur du contrôle à long terme de la glycémie que la seule glycémie à jeun. L'HbA_{1c} reflète la glycémie au cours des 2 ou 3 derniers mois. En pratique clinique, on recommande d'administrer Teva-Pioglitazone suffisamment longtemps pour permettre d'évaluer adéquatement le changement de l'HbA_{1c}, à moins que le contrôle de la glycémie ne se détériore.

On doit vérifier les enzymes hépatiques chez tous les patients avant l'instauration d'un traitement avec ACT PIOGLITAZONE. Teva-Pioglitazone est contre-indiqué chez les patients ayant une insuffisance hépatique grave. Il ne faut pas commencer le traitement avec Teva-Pioglitazone en présence de preuves cliniques d'hépatopathie évolutive ou de taux élevés des transaminases sériques (ALT > 2,5 fois la limite supérieure de la normale). Si les taux d'ALT demeurent > 3 fois la limite supérieure de la normale, il faut interrompre le traitement avec ACT PIOGLITAZONE. **Voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction hépatique.** L'instauration du traitement ne requiert aucun ajustement posologique en présence d'hépatopathie (*voir* **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Populations particulières**).

Aucun ajustement posologique n'est requis chez les patients présentant une insuffisance rénale (*voir* **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Populations particulières**).

Étant donné que les effets indésirables tels que l'œdème et le gain de poids semblent liés à la dose, il faut administrer la plus faible dose efficace.

Posologie recommandée et ajustement posologique

Teva-Pioglitazone devrait être pris une fois par jour indépendamment des repas.

La dose d'Teva-Pioglitazone ne devrait pas dépasser 45 mg une fois par jour puisqu'aucune étude clinique contrôlée contre placebo n'a porté sur une dose quotidienne supérieure à 45 mg.

Monothérapie : Dans les cas où le contrôle par le régime alimentaire et l'exercice est inadéquat, on peut instaurer le traitement avec Teva-Pioglitazone à raison de 15 mg ou de 30 mg une fois par jour. Lorsque la réponse à la dose initiale d'Teva-Pioglitazone est insuffisante, on peut augmenter la dose par paliers, jusqu'à un maximum de 45 mg une fois par jour.

Traitement d'association : Dans le cas où le contrôle par une sulfonylurée ou la metformine est inadéquat, le traitement avec Teva-Pioglitazone peut être instauré à la dose de 15 ou de 30 mg une fois par jour. Lorsque la réponse à la dose initiale est insuffisante, on peut augmenter la dose d'Teva-Pioglitazone par paliers, jusqu'à un maximum de 45 mg une fois par jour.

Chez les patients recevant une sulfonylurée, la dose de la sulfonylurée peut devoir être réduite si des hypoglycémies surviennent (*voir EFFETS INDÉSIRABLES*). Quant à la metformine, il est peu probable que la dose doive être ajustée en raison d'hypoglycémies.

Dose oubliée

Si une dose d'Teva-Pioglitazone est oubliée à l'heure habituelle de prise, elle doit être prise aussitôt que possible. Toutefois, si le moment de la prochaine prise est trop proche, il faut sauter la dose oubliée et continuer le traitement à partir de la prochaine dose prévue.

SURDOSAGE

Pendant les essais cliniques contrôlés, un cas de surdosage avec la pioglitazone a été signalé. Un patient de sexe masculin a pris 120 mg par jour pendant 4 jours, puis 180 mg par jour pendant 7 jours. Le patient a affirmé n'avoir subi aucun symptôme clinique pendant cette période.

En cas de surdosage, il y a lieu d'instaurer un traitement d'appoint approprié en fonction des signes et symptômes cliniques du patient.

Pour prendre connaissance des renseignements les plus récents sur les mesures à prendre en cas de surdosage présumé, communiquez avec le centre antipoison de votre région ou contactez Santé Canada au numéro sans frais 1-844-POISON-X (1-844-764-7669).

MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

Mode d'action

Teva-Pioglitazone (chlorhydrate de pioglitazone) est un agent antidiabétique de la famille des thiazolidinédiones dont le mode d'action dépend de la présence de l'insuline. Teva-Pioglitazone

diminue la résistance à l'insuline dans les régions périphériques et le foie, ce qui entraîne respectivement une augmentation de l'élimination insulino-dépendante du glucose et une diminution de la production hépatique de glucose.

Teva-Pioglitazone améliore le contrôle de la glycémie tout en réduisant les concentrations d'insuline circulante. Contrairement aux sulfonylurées, Teva-Pioglitazone n'est pas un sécrétagogue de l'insuline. Teva-Pioglitazone est un agoniste puissant et très sélectif des récepteurs activés par des proliférateurs de peroxyosomes du sous-type gamma (PPAR γ). Les récepteurs PPAR γ sont présents dans les tissus importants pour l'action de l'insuline comme le tissu adipeux, les muscles squelettiques et le foie. L'activation des récepteurs nucléaires PPAR module la transcription d'un certain nombre de gènes insulinosensibles participant à la régulation du métabolisme du glucose et des lipides et à la maturation des préadipocytes, principalement d'origine sous-cutanée.

L'insulinorésistance est une des principales caractéristiques de la pathogenèse du diabète de type 2. Teva-Pioglitazone accroît la sensibilité des tissus insulino-dépendants. Il améliore significativement la sensibilité à l'insuline des tissus hépatiques et périphériques (muscle) chez les patients atteints de diabète de type 2. Il produit également des baisses significatives des marqueurs de l'hyperstimulation des cellules bêta, tels les taux d'insuline et de peptide C à jeun. Dans des études cliniques à court terme de 16 semaines, on a démontré qu'Teva-Pioglitazone améliorerait significativement les marqueurs biochimiques de la fonction des cellules bêta du pancréas.

Dans des études cliniques menées auprès de patients atteints de diabète de type 2, la pioglitazone a diminué l'hyperglycémie et l'hyperinsulinémie caractéristiques des états d'insulinorésistance, y compris le diabète de type 2. Teva-Pioglitazone a significativement réduit l'hémoglobine A_{1C} (l'HbA_{1C} est un marqueur du contrôle glycémique à long terme) et la glycémie à jeun chez les patients atteints de diabète de type 2.

Il est courant que le taux de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL-C) soit bas et que le taux de triglycérides soit élevé chez les patients atteints de diabète de type 2. Teva-Pioglitazone augmente significativement le taux de HDL-C et réduit le taux de triglycérides chez les patients atteints de diabète de type 2. De plus, il augmente la taille des particules de lipoprotéines de basse densité.

Teva-Pioglitazone réduit significativement l'épaisseur de l'intima-média des artères carotides. Il entraîne également des réductions faibles, mais significatives de la pression artérielle. En outre, Teva-Pioglitazone réduit significativement la microalbuminurie chez les patients atteints de diabète de type 2.

Puisque Teva-Pioglitazone améliore les effets de l'insuline circulante (en diminuant l'insulinorésistance), il n'abaisse pas la glycémie dans les modèles animaux dépourvus d'insuline endogène.

Pharmacodynamie

Les études cliniques démontrent que la pioglitazone améliore la sensibilité à l'insuline chez les patients insulinorésistants. La pioglitazone stimule la réactivité cellulaire à l'insuline, augmente l'élimination insulino-dépendante du glucose, améliore la sensibilité du foie à l'insuline et réduit les

troubles d'homéostasie du glucose. Chez les patients atteints de diabète de type 2, la diminution de l'insulinorésistance obtenue avec Teva-Pioglitazone entraîne une baisse significative de la glycémie, des taux d'insuline plasmatique et des valeurs de l'HbA_{1c}. D'après les résultats d'études de prolongation ouvertes, les effets hypoglycémiant de pioglitazone se maintiennent pendant plus d'un an, mais la dose doit être augmentée chez certains patients pour que la réponse se maintienne. L'effet d'Teva-Pioglitazone survient en l'absence de perte de poids.

Teva-Pioglitazone exerce son effet antihyperglycémiant en présence d'insuline. Comme Teva-Pioglitazone ne stimule pas la sécrétion d'insuline, on ne prévoit pas d'hypoglycémie chez les patients traités avec Teva-Pioglitazone seul.

Au cours des études pharmacodynamiques effectuées en monothérapie tout comme en traitement d'association, l'administration de pioglitazone a été associée à des diminutions des taux d'acides gras libres.

Dans une étude contrôlée contre placebo de 26 semaines à diverses doses, les taux moyens de triglycérides ont diminué dans les groupes recevant 15, 30 et 45 mg de pioglitazone, mais ils ont augmenté dans le groupe placebo. L'augmentation des taux moyens de HDL-C était supérieure chez les patients traités avec la pioglitazone que chez ceux du groupe placebo. Il n'y a pas eu de différence constante entre les deux groupes pour ce qui est des taux de cholestérol à lipoprotéines de basse densité (LDL-C) et de cholestérol total (voir Tableau 5).

Tableau 5 - Taux de lipides dans une étude multicentrique contrôlée contre placebo de 26 semaines à diverses doses

	Placebo	Pioglitazone 15 mg une fois par jour	Pioglitazone 30 mg une fois par jour	Pioglitazone 45 mg une fois par jour
Triglycérides (mmol/L)	N = 79	N = 79	N = 84	N = 77
Valeur initiale (moyenne)	2,97	3,2	2,95	2,93
Pourcentage de changement par rapport à la valeur initiale (moyenne)	4,8 %	-9,0 %	-9,6 %	-9,3 %
HDL-cholestérol (mmol/L)	N = 79	N = 79	N = 83	N = 77
Valeur initiale (moyenne)	1,08	1,04	1,06	1,05
Pourcentage de changement par rapport à la valeur initiale (moyenne)	8,1 %	14,1 %	12,2 %	19,1 %
LDL-cholestérol (mmol/L)	N = 65	N = 63	N = 74	N = 62
Valeur initiale (moyenne)	3,59	3,41	3,51	3,28
Pourcentage de changement par rapport à la valeur initiale (moyenne)	4,8 %	7,2 %	5,2 %	6,0 %
Cholestérol total (mmol/L)	N = 79	N = 79	N = 84	N = 77
Valeur initiale (moyenne)	5,81	5,69	5,76	5,53
Pourcentage de changement par rapport à la valeur initiale (moyenne)	4,4 %	4,6 %	3,3 %	6,4 %

Dans deux autres études effectuées en monothérapie (d'une durée de 24 et de 16 semaines), les résultats concordaient en général avec les données ci-dessus. Chez les patients traités avec la pioglitazone, les changements moyens par rapport aux valeurs initiales après correction en fonction des valeurs observées dans le groupe placebo ont diminué de 21 à 23 % dans le cas des

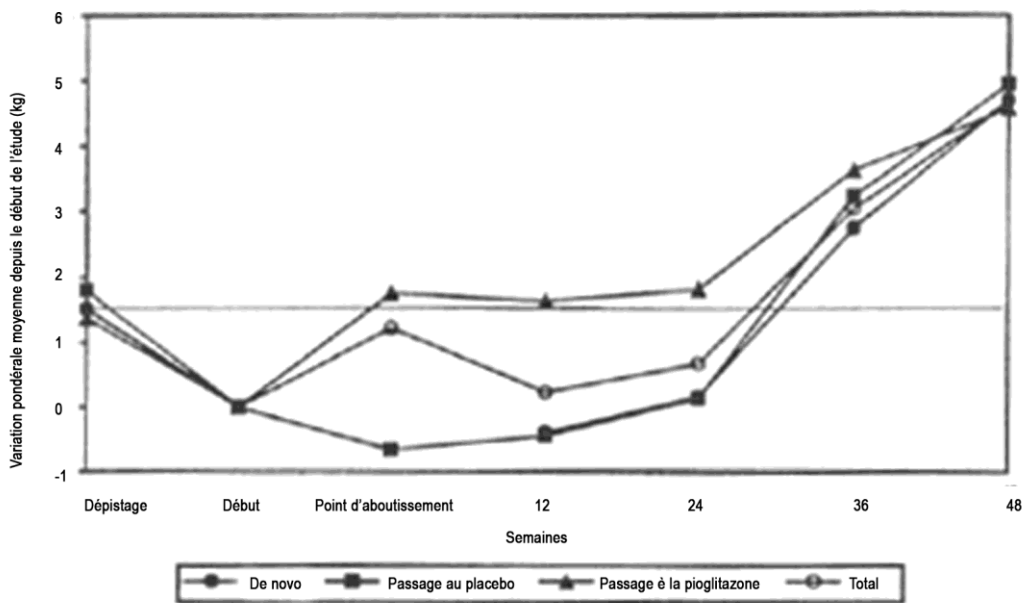
triglycérides et augmenté de 5 à 13 % dans le cas du HDL-C.

Des augmentations du taux de HDL-C et des baisses du taux de triglycérides statistiquement significatives ont également été observées avec la pioglitazone au cours de deux études (de 16 semaines chacune) contrôlées portant sur le traitement d'association pendant lesquelles des patients atteints de diabète de type 2 traités par une sulfonurée ou la metformine ont été répartis au hasard pour recevoir un placebo ou un traitement d'association avec la pioglitazone.

Les patients qui prenaient une statine n'ont pas été exclus des études cliniques. Chez ces patients, les augmentations moyennes du HDL-C et les baisses moyennes des triglycérides produites par la pioglitazone se sont ajoutées aux effets de la statine.

La pioglitazone est aussi associé à une prise de poids (*voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et EFFETS INDÉSIRABLES*). En outre, Teva-Pioglitazone a significativement réduit les réserves de graisses viscérales (abdominales) tout en augmentant les graisses extra-abdominales. La réduction des graisses viscérales est en corrélation avec une amélioration de la sensibilité à l'insuline des tissus hépatiques et périphériques.

Le graphique ci-dessous (Figure 1) illustre la variation pondérale chez les patients qui ont terminé 48 semaines de traitement par la pioglitazone au cours d'un essai ouvert.



Source : Fin du texte, Tableau 36.1 A

Figure 1. Variation pondérale moyenne depuis le début de l'étude lors de chaque visite des patients ayant suivi un traitement sans insu de 48 semaines.

Comme l'illustre la figure 1, au bout de 48 semaines, la variation pondérale moyenne par rapport à la valeur initiale s'élevait à 5,55 kg dans le groupe recevant le médicament pour la première fois (sujets naïfs), à 6,34 kg dans le groupe passant d'un traitement à double insu par placebo à un traitement sans insu par la pioglitazone, et à 5,36 kg dans le groupe passant d'un traitement à

double insu par la pioglitazone à un traitement sans insu par le même agent. Pour l'ensemble des patients, la variation pondérale moyenne depuis le début de l'étude a été de 5,56 kg. Pour l'ensemble des patients, les variations maximale et minimale observées au bout de 48 semaines après l'entrée dans cet essai ouvert sont de 21,77 kg et de -19,86 kg, respectivement (variation pondérale médiane : 4,54 kg).

Deux patients ont été retirés de l'étude en raison d'augmentations de poids signalées de 15,6 kg et de 20,8 kg, respectivement. Dans le premier cas, le chercheur a attribué la prise de poids à l'œdème, tandis que dans le second cas, le patient recevait 60 mg de pioglitazone et présentait des facteurs diététiques susceptibles d'avoir aussi contribué à la prise de poids. La prise de poids anormale chez certains patients peut être due à une rétention aqueuse (*voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Œdème*).

Au cours de deux études de 16 semaines contrôlées contre placebo et portant sur le traitement d'association, l'augmentation moyenne du poids a été comme suit dans tous les groupes traités avec la pioglitazone : l'association de la pioglitazone à 15 mg et à 30 mg et d'une sulfonyleurée a produit des augmentations moyennes de poids de 1,9 et de 2,9 kg, respectivement; l'association de la pioglitazone à 30 mg et de la metformine a produit une augmentation moyenne de poids de 0,95 kg.

Cependant, le changement de poids a beaucoup varié d'une personne à l'autre. Le Tableau 6 donne les changements de poids survenus au cours de ces études (*voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Prise de poids*).

Tableau 6 - Changements de poids au cours des études à double insu portant sur les traitements d'association

Traitement d'association:	Sulfonyleurée			Metformine	
	Placebo	Pioglitazone 15 mg	Pioglitazone 30 mg	Placebo	Pioglitazone 30 mg
N	160 (%)	157 (%)	168 (%)	112 (%)	137 (%)
Perte > 10 kg	1 (0,6)	-	-	-	1 (0,6)
Perte de 5 à 10 kg	13 (8,1)	2 (1,3)	4 (2,4)	15 (13,4)	9 (6,6)
Perte de 0 à < 5 kg	76 (47,5)	23 (14,6)	16 (9,5)	54 (48,2)	21 (15,3)
0 kg	19 (11,9)	5 (3,2)	4 (2,4)	9 (8,0)	10 (7,3)
Prise de 0 à 5 kg	49 (30,6)	110 (70,0)	106 (63,1)	33 (29,5)	81 (59,1)
Prise de > 5 à 10 kg	2 (1,3)	16 (10,2)	36 (21,4)	1 (0,9)	15 (10,9)
Prise de > 10 kg	-	1 (0,6)	2 (1,2)	-	-

Chez les patients recevant un traitement à long terme avec la pioglitazone en association avec une sulfonyleurée ou la metformine, la prise de poids médiane (5,40 kg après au moins 60 semaines) a été semblable à la prise de poids médiane observée pendant la monothérapie avec la pioglitazone (4,54 kg après 48 semaines).

Pharmacocinétique

Les concentrations sériques de pioglitazone totale (la pioglitazone et ses métabolites actifs) demeurent élevées 24 heures après l'administration quotidienne. Les concentrations sériques à l'état d'équilibre de la pioglitazone tout comme de la pioglitazone totale sont atteintes en 7 jours.

À l'état d'équilibre, deux des métabolites pharmacologiquement actifs de la pioglitazone, les métabolites III (M-III) et IV (M-IV), atteignent des concentrations sériques égales ou supérieures à celles de la pioglitazone. À l'état d'équilibre, tant chez les volontaires sains que chez les diabétiques de type 2, la pioglitazone représente environ 30 à 50 % des concentrations sériques maximales de pioglitazone totale et 20 à 25 % de l'aire totale sous la courbe de la concentration sérique en fonction du temps (ASC).

Aux posologies de 15 et de 30 mg par jour, la concentration sérique maximale (C_{\max}), l'ASC et les concentrations sériques minimales (C_{\min}) de la pioglitazone et de la pioglitazone totale augmentent proportionnellement à la dose, mais à 60 mg par jour, les augmentations sont légèrement moins que proportionnelles.

Absorption : Après administration orale à un sujet à jeun, la pioglitazone est mesurable dans le sérum dans les 30 minutes qui suivent, et les concentrations maximales s'observent en 2 heures. Les aliments retardent légèrement l'atteinte des concentrations sériques maximales à 3 ou 4 heures, mais sans modifier le degré d'absorption.

Distribution : Le volume de distribution apparent moyen (V_d/F) de la pioglitazone après l'administration d'une dose unique est de $0,63 \pm 0,41$ L/kg de poids corporel (moyenne \pm écart type). La pioglitazone est considérablement liée aux protéines sériques chez l'humain ($> 99\%$), principalement à l'albumine sérique. La pioglitazone se lie aussi à d'autres protéines sériques, mais avec une affinité moindre. Les métabolites M-III et M-IV sont également fortement liés à l'albumine sérique ($> 98\%$).

Métabolisme : La pioglitazone est largement métabolisée par hydroxylation et oxydation; les métabolites se transforment en outre partiellement en glucuroconjugués ou en conjugués de sulfate. Les métabolites M-II et M-IV (dérivés hydroxy de la pioglitazone) ainsi que M-III (dérivé céto de la pioglitazone) sont pharmacologiquement actifs dans les modèles animaux du diabète de type 2. En plus de la pioglitazone, les métabolites M-III et M-IV sont les principales espèces liées au médicament identifiées dans le sérum humain après l'administration de doses multiples.

La pioglitazone incubée avec le cytochrome P₄₅₀ humain exprimé ou des microsomes hépatiques humains entraîne la formation des métabolites M-IV et, à un degré moindre, M-II. Les principales isoenzymes du cytochrome P₄₅₀ qui jouent un rôle dans le métabolisme hépatique de la pioglitazone sont la CYP2C8 et la CYP3A4 ($> 50\%$ du métabolisme), et une variété d'autres isoenzymes dont la CYP1A1, isoenzyme surtout extrahépatique, y contribuent également. Le kétoconazole a inhibé jusqu'à 85 % du métabolisme hépatique de la pioglitazone *in vitro* à une concentration équimolaire à celle de la pioglitazone. Aux concentrations supérieures aux valeurs thérapeutiques, la pioglitazone n'exerçait aucun effet sur les réactions facilitées par les microsomes hépatiques humains exprimant les isoenzymes du cytochrome P₄₅₀, y compris la CYP2C8 et la CYP3A4. Une induction ou une inhibition potentielle du CYP3A4 par la pioglitazone a été observée *in vivo* (voir **Interactions médicament-médicament**).

Excrétion : Après administration orale, environ 15 à 30 % de la dose de pioglitazone sont retrouvés dans les urines sous forme de métabolites. L'élimination rénale de la pioglitazone sous forme inchangée est négligeable, et le médicament est excrété principalement sous forme de métabolites et de conjugués de ceux-ci. On présume que la majeure partie de la dose orale est

excrétée dans la bile, soit inchangée, soit sous forme de métabolites, puis éliminée dans les fèces.

La demi-vie sérique moyenne de la pioglitazone et celle de la pioglitazone totale varient de 3 à 7 heures et de 16 à 24 heures, respectivement. Selon les calculs, la clairance apparente de la pioglitazone, CL/F, est de 5 à 7 L/h.

Cas particuliers et états pathologiques

Enfants : Aucune donnée sur la pharmacocinétique chez l'enfant n'est disponible. Teva-Pioglitazone n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans.

Personnes âgées : Chez les sujets âgés en bonne santé, les concentrations sériques maximales de pioglitazone et de pioglitazone totale ne diffèrent pas de façon significative de celles de sujets plus jeunes, mais les valeurs de l'ASC y sont légèrement plus élevées et celles de la demi-vie terminale, légèrement plus longues. Ces changements n'étaient pas suffisamment marqués pour être jugés pertinents sur le plan clinique.

Sexe : La pioglitazone a amélioré le contrôle de la glycémie chez les hommes et les femmes. Dans les essais cliniques contrôlés, les valeurs moyennes de la C_{max} et de l'ASC étaient augmentées de 20 à 60 % chez les femmes. Les diminutions de l'hémoglobine A_{1C} (HbA_{1C}) par rapport aux valeurs initiales étaient en général plus importantes chez les femmes que chez les hommes (différence absolue moyenne de l'HbA_{1C} de 0,005). Puisque le traitement doit être adapté à chaque patient pour atteindre le contrôle glycémique, aucun ajustement posologique n'est recommandé en fonction du sexe seulement.

Insuffisance hépatique : Pour analyser les effets d'une dysfonction hépatique sur la pioglitazone, une étude ouverte à dose unique a été menée auprès d'un groupe de 24 sujets, dont 12 avaient une fonction hépatique normale, et 12 une dysfonction hépatique de classe B ou C selon la classification de Child-Pugh. Les sujets ont reçu un comprimé de pioglitazone à 30 mg 10 minutes après un repas à teneur alimentaire contrôlée et avant l'analyse des changements des paramètres pharmacocinétiques sériques et de l'élimination urinaire de la pioglitazone et de ses métabolites. En présence de dysfonction hépatique, les concentrations maximales moyennes de pioglitazone et de pioglitazone totale (la pioglitazone et ses métabolites actifs) étaient réduites de 45% comparativement à celles des sujets témoins, mais les valeurs moyennes de l'ASC sont demeurées les mêmes. Les résultats de cette étude ont révélé que le degré d'absorption de la pioglitazone, comme indiqué par l'ASC_(0-24 h), était semblable chez les sujets sains et ceux atteints de dysfonction hépatique. Aucun effet indésirable imputable à la pioglitazone n'a été signalé dans l'un ou l'autre des groupes, et aucun changement significatif sur le plan clinique n'a été observé dans les valeurs biologiques de départ, y compris les épreuves de la fonction hépatique.

Bien qu'aucun effet indésirable attribué au médicament n'ait été observé dans l'un ou l'autre des groupes, la pioglitazone doit être administrée avec prudence en présence d'hépatopathie. Il ne faut pas commencer le traitement avec Teva-Pioglitazone en présence de preuves cliniques d'hépatopathie évolutive ou de taux élevés des transaminases sériques (ALT > 2,5 fois la limite supérieure de la normale) au départ (**voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Fonction hépatique**).

Insuffisance rénale: La demi-vie d'élimination sérique de la pioglitazone et des métabolites

M-III et M-IV demeure inchangée chez les patients ayant une insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine de 0,5 à 1,0 mL/s [30 à 60 mL/min]) ou grave (clairance de la créatinine < 0,5 mL/s [30 mL/min]) lorsqu'on la compare à celle de sujets sains. Aucun ajustement posologique n'est recommandé en présence de dysfonction rénale.

ENTREPOSAGE ET STABILITÉ

Les comprimés d'Teva-Pioglitazone (chlorhydrate de pioglitazone) peuvent être conservés à température ambiante (entre 15 °C et 30 °C). Garder le contenant hermétiquement fermé, à l'abri de l'humidité.

FORMES PHARMACEUTIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT

Formes pharmaceutiques :

Teva-Pioglitazone est offert sous forme de :

- | | |
|----------------------|---|
| Comprimés de 15 mg : | Blanc, rond, à surface plane, à bords biseautés, avec un « 15 » en relief sur une face. |
| Comprimés de 30 mg : | Blanc, rond, à surface plane, à bords biseautés, avec un « 30 » en relief sur une face. |
| Comprimés de 45 mg : | Blanc, rond, à surface plane, à bords biseautés, avec un « 45 » en relief sur une face. |

Composition :

Les comprimés Teva-Pioglitazone contiennent 15 mg, 30 mg ou 45 mg de pioglitazone (sous forme de chlorhydrate de pioglitazone) comme ingrédient actif, et les ingrédients non médicinaux suivants : carmellose de calcium, hydroxypropylcellulose, lactose monohydraté et stéarate de magnésium.

Conditionnement :

Teva-Pioglitazone est offert en flacons de HDPE de 100 comprimés.

PARTIE II: RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

Substance médicamenteuse

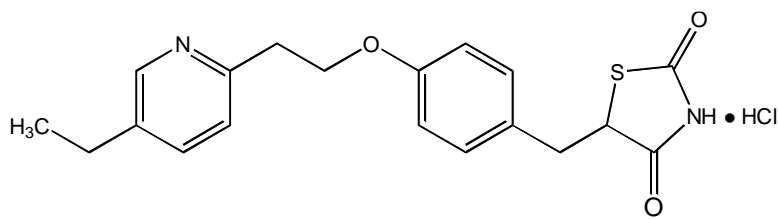
Dénomination courante : chlorhydrate de pioglitazone

Nom chimique : monochlorhydrate de (\pm)-5-[[4-[2-(5-éthyl-2-pyridinyl)éthoxy]phényl]méthyl]-2,4-thiazolidinédione

Formule moléculaire : $C_{19}H_{20}N_2O_3S \cdot HCl$

Poids moléculaire : 392,90 g/mol

Formule développée :



Propriétés physicochimiques : Le chlorhydrate de pioglitazone est une poudre cristalline blanc à blanc cassé. Il est soluble dans le diméthylformamide, très soluble dans l'éthanol anhydre, très légèrement soluble dans l'acétone et l'acétonitrile, pratiquement insoluble dans l'eau, et insoluble dans l'éther.

pH : 5,09 – 5,98

pKa₁ : 5,8

pKa₂ : 6,4

ESSAIS CLINIQUES

Études comparatives de biodisponibilité

Un essai randomisé à l'insu, à dose unique, croisé avec inversion de traitement, visant à comparer la biodisponibilité de comprimés d'Teva-Pioglitazone à 45 mg avec celle de comprimés d'ACTOS® (pioglitazone) à 45 mg, a été effectué auprès de sujets volontaires sains des deux sexes en conditions de jeûne. Un résumé des données comparatives de biodisponibilité obtenues chez 24 sujets est présenté ci-dessous.

Agent analysé : Pioglitazone (1 × 45 mg) À partir de valeurs mesurées (non corrigées pour l'activité) Moyenne géométrique Moyenne arithmétique (CV %)

Paramètre	Produit testé*	Produit de référence [†]	Rapport des moyennes géométriques (%) [#]	Intervalle de confiance à 90 %
ASC _T (ng•h/mL)	12510,24 13357,71 (35,09)	12368,66 13296,45 (35,46)	101,14	92,65 – 110,42
ASC _I (ng•h/mL)	13606,42 14358,23 (32,57)	13031,96 14048,60 (36,12)	104,41	97,13 – 112,23
C _{max} (ng/mL)	1211,76 1326,83 (37,72)	1187,38 1305,86 (40,95)	102,05	87,13 – 119,53
t _{max} [§] (h)	2,22 (46,82)	2,42 (44,16)		
t _{1/2} [§] (h)	12,67 (38,32)	11,51 (40,56)		

* Teva-Pioglitazone sous forme de comprimés de 45 mg (Teva Canada Limitée).

[†] Les comprimés ACTOS® à 45 mg (Eli Lilly Canada Inc.) ont été achetés au Canada.

[§] Représenté sous forme de moyenne arithmétique seulement (coefficient de variation en %).

[#] Calculé par la méthode des moindres carrés.

Essais clinique sur l'innocuité et l'efficacité

Essais cliniques sur la monothérapie

Trois essais randomisés, à double insu et contrôlés contre placebo ont été menés pendant 16 à 26 semaines pour évaluer l'efficacité de la pioglitazone en monothérapie chez des patients atteints de diabète de type 2. Ces études ont porté sur l'administration unique quotidienne d'un placebo ou de pioglitazone à des doses allant jusqu'à 45 mg à 865 patients. Les trois études comprenaient des patients précédemment traités par un autre agent antidiabétique oral (sulfonylurées, n = 524; metformine, n = 170; acarbose, n = 19), ainsi que des patients non traités auparavant (n = 268).

Étude 1 : Dans une étude de 26 semaines à doses variées, 408 patients atteints de diabète de type 2 ont été répartis au hasard pour recevoir une fois par jour 7,5 mg, 15 mg, 30 mg ou 45 mg de pioglitazone ou un placebo. Le traitement antérieur par tout agent antidiabétique a été interrompu 8 semaines avant la période à double insu. Comparativement au placebo, l'administration de 15,

30 et 45 mg de pioglitazone a entraîné des améliorations statistiquement significatives des valeurs de l'HbA_{1c} et de la glycémie à jeun à la fin de l'étude (voir Figure 2 et Tableau 7).

La Figure 2 montre l'évolution dans le temps des changements des valeurs de la glycémie à jeun et de l'HbA_{1c} pour toute la population à l'étude dans cet essai de 26 semaines.

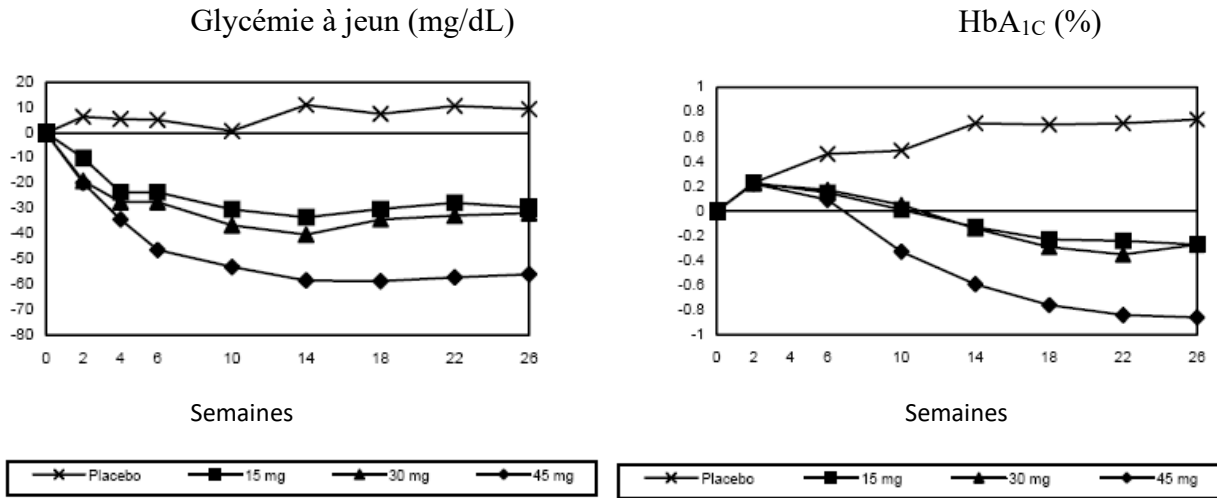


Figure 2. Changement moyen par rapport aux valeurs initiales pour la glycémie à jeun et l'HbA_{1c} dans une étude contrôlée contre placebo de 26 semaines à diverses doses

Le Tableau 7 montre les valeurs de l'HbA_{1c} et de la glycémie à jeun pour toute la population à l'étude.

Tableau 7 - Paramètres glycémiques dans une étude contrôlée contre placebo de 26 semaines à diverses doses

	Placebo	Pioglitazone 15 mg une fois par jour	Pioglitazone 30 mg une fois par jour	Pioglitazone 45 mg une fois par jour
Total Population				
HbA_{1c}	N = 79	N = 79	N = 85	N = 76
Valeur initiale (moyenne)	0,104	0,102	0,102	0,103
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée ⁺)	0,007	-0,003	-0,003	-0,009
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée ⁺)		-0,010*	-0,010*	-0,016*
Glycémie à jeun (mmol/L)	N = 79	N = 79	N = 84	N = 77
Valeur initiale (moyenne)	14,9	14,8	14,9	15,3
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée ⁺)	0,5	-1,7	-1,8	-3,1
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée ⁺)		-2,2*	-2,3*	-3,6*

+ Ajustée en fonction des valeurs initiales, regroupées, et regroupées selon l'interaction des traitements

* $p \leq 0,050$ par rapport au placebo

La population à l'étude comprenait des patients non traités auparavant par un médicament antidiabétique (sujets naïfs; 31 %) et des patients qui recevaient un médicament antidiabétique au moment de leur entrée dans l'étude (traités précédemment; 69 %). Le Tableau 8 montre les données de ces deux sous-groupes de patients. Tous ont subi une période de sevrage thérapeutique ou une période préliminaire de 8 semaines avant de recevoir le traitement à double insu. Chez les patients naïfs, cette période préliminaire a entraîné peu de changement des valeurs de l'HbA_{1c} et de la glycémie à jeun entre la sélection des participants et la détermination des valeurs initiales; dans le groupe traité précédemment par un médicament antidiabétique, le sevrage thérapeutique a toutefois entraîné une détérioration du contrôle de la glycémie et des hausses de l'HbA_{1c} et de la glycémie à jeun.

Tableau 8 - Paramètres de la glycémie dans une étude contrôlée contre placebo de 26 semaines à diverses doses

	Placebo	Pioglitazone 15 mg une fois par jour	Pioglitazone 30 mg une fois par jour	Pioglitazone 45 mg une fois par jour
Patients naïfs				
HbA_{1c}	N = 25	N = 26	N = 26	N = 21
Recrutement dans l'étude (moyenne)	0,093	0,1	0,095	0,098
Valeur initiale (moyenne)	0,090	0,099	0,093	0,100
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée*)	0,006	-0,008	-0,006	-0,019
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée*)		-0,014	-0,013	-0,026
Glycémie à jeun (mmol/L)				
	N = 25	N = 26	N = 26	N = 21
Recrutement dans l'étude (moyenne)	12,4	13,6	13,3	13,3
Valeur initiale (moyenne)	12,7	13,9	12,5	13,0
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée*)	0,9	-2,1	-2,3	-3,6
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée*)		-2,9	-3,1	-4,4
Patients traités précédemment				
HbA_{1c}	N = 54	N = 53	N = 59	N = 55
Recrutement dans l'étude (moyenne)	0,093	0,090	0,091	0,090
Valeur initiale (moyenne)	0,109	0,104	0,104	0,106
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée*)	0,008	-0,001	0	-0,006
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée*)		-0,01	-0,009	-0,014
Glycémie à jeun (mmol/L)				
	N = 54	N = 53	N = 58	N = 56
Recrutement dans l'étude (moyenne)	12,3	11,6	12,8	11,9
Valeur initiale (moyenne)	15,8	15,3	15,9	16,2
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée*)	0,2	-1,8	-1,5	-3,1
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée*)		-2,0	-1,7	-3,3

* Ajustée en fonction des valeurs initiales et regroupées

Étude 2 : Dans une étude de 24 semaines, 260 patients atteints de diabète de type 2 ont été répartis au hasard dans l'un ou l'autre de deux groupes traités avec la pioglitazone à ajustement forcé des doses ou dans un groupe placebo à dose croissante simulée. Le traitement antérieur par tout agent antidiabétique a été interrompu 6 semaines avant la période à double insu. Dans le premier groupe traité avec la pioglitazone, les patients ont reçu une dose initiale de 7,5 mg une fois par jour. Après quatre semaines, la dose a été augmentée à 15 mg une fois par jour, et quatre semaines plus tard, à 30 mg une fois par jour pour le reste de l'étude (16 semaines). Dans le second groupe traité avec la pioglitazone, les patients ont reçu une dose initiale de 15 mg une fois par jour, qui a ensuite été augmentée de la même manière à 30 mg puis à 45 mg une fois par jour. Comparativement au placebo, le traitement avec la pioglitazone, tel que décrit, a entraîné des améliorations statistiquement significatives de l'HbA_{1c} et de la glycémie à jeun à la fin de l'étude (voir Tableau 9).

Tableau 9 - Paramètres de la glycémie dans une étude à ajustement forcé des doses de 24 semaines contrôlée contre placebo

	Placebo	Pioglitazone 30 mg ⁺ une fois par jour	Pioglitazone 45 mg ⁺ une fois par jour
Population totale			
HbA_{1c}	N = 83	N = 85	N = 85
Valeur initiale (moyenne)	0,108	0,103	0,108
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée ⁺⁺)	0,009	-0,006	-0,006
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée ⁺⁺)		-0,015*	-0,015*
Glycémie à jeun (mmol/L)	N = 78	N = 82	N = 85
Valeur initiale (moyenne)	15,5	14,9	15,6
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée ⁺⁺)	1,0	-2,4	-2,8
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée ⁺⁺)		-3,4*	-3,8*

⁺Dose finale dans l'ajustement forcé de la dose

⁺⁺Ajustée en fonction des valeurs initiales, regroupées, et regroupées selon l'interaction des traitements

* $p \leq 0,050$ par rapport au placebo

Chez les patients non traités auparavant par un médicament antidiabétique (24 %), les valeurs moyennes au moment de la sélection des participants étaient de 0,101 pour l'HbA_{1c} et de 13,2 mmol/L pour la glycémie à jeun. Au début de l'étude, l'HbA_{1c} moyenne était de 0,102, et la glycémie à jeun moyenne, de 13,5 mmol/L. Comparativement au placebo, le traitement avec la pioglitazone augmenté à une dose finale de 30 mg et de 45 mg a entraîné des réductions par rapport aux valeurs initiales de 0,023 et 0,026 pour l'HbA_{1c} moyenne, et de 3,5 mmol/L et 5,3 mmol/L pour la glycémie à jeun moyenne, respectivement. Chez les patients traités auparavant par un médicament antidiabétique (76 %), ce dernier a été interrompu au moment du recrutement du patient dans l'étude. Les valeurs moyennes lors de la sélection des participants étaient de 0,094 pour l'HbA_{1c} et de 12,0 mmol/L pour la glycémie à jeun. Au début de l'étude, l'HbA_{1c} moyenne était de 0,107, et la glycémie à jeun moyenne, de 16,1 mmol/L. Comparativement au placebo, le traitement avec la pioglitazone augmenté à une dose finale de 30 mg et de 45 mg a entraîné des réductions par rapport aux valeurs initiales de 0,013 et 0,014 pour l'HbA_{1c} moyenne, et

de 3,1 mmol/L et 3,3 mmol/L pour la glycémie à jeun moyenne, respectivement. La diminution de l'HbA_{1c} moyenne en pourcentage n'était pas plus grande chez les patients dont la dose finale était de 45 mg que chez ceux dont la dose finale était de 30 mg.

Chez les patients qui avaient déjà reçu auparavant un médicament antidiabétique, 10 % de ceux qui recevaient la dose finale de 30 mg et 4 % de ceux traités par la dose finale de 45 mg ont abandonné l'essai en raison d'un effet thérapeutique insuffisant. Quant à ceux qui n'avaient pas été traités auparavant par un médicament antidiabétique, 5 % des sujets des deux groupes n'ont pas terminé l'essai pour cette même raison.

Étude 3 : Dans une étude de 16 semaines, 197 patients atteints de diabète de type 2 ont été répartis au hasard pour recevoir une fois par jour 30 mg de pioglitazone ou un placebo. Le traitement antérieur par tout agent antidiabétique a été interrompu 6 semaines avant la période à double insu. Comparativement au placebo, le traitement par 30 mg de pioglitazone a entraîné des améliorations statistiquement significatives de l'HbA_{1c} et de la glycémie à jeun à la fin de l'étude (voir Tableau 10).

Tableau 10 - Paramètres de la glycémie dans une étude de 16 semaines contrôlée contre placebo

	Placebo	Pioglitazone 30 mg une fois par jour
Population Totale		
HbA_{1c}	N = 93	N = 100
Valeur initiale (moyenne)	0,103	0,105
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée ⁺⁺)	0,008	-0,006
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée ⁺⁺)		-0,014*
Glycémie à jeun (mmol/L)	N = 91	N = 99
Valeur initiale (moyenne)	15	15,2
Changement par rapport à la valeur initiale (moyenne ajustée ⁺⁺)	0,4	-2,8
Différence par rapport au placebo (moyenne ajustée ⁺⁺)		-3,2*

+ Ajustée en fonction des valeurs initiales, regroupées, et regroupées selon l'interaction des traitements

* $p \leq 0,050$ par rapport au placebo

Chez les patients non traités auparavant par un médicament antidiabétique (40 %), les valeurs moyennes au moment du recrutement dans l'étude étaient de 0,103 pour l'HbA_{1c} et de 13,3 mmol/L pour la glycémie à jeun. Au début de l'étude, l'HbA_{1c} moyenne était de 0,104, et la glycémie à jeun moyenne, de 14,1 mmol/L. Comparativement au placebo, le traitement par 30 mg de pioglitazone a entraîné des réductions par rapport aux valeurs initiales de 0,010 pour l'HbA_{1c} moyenne, et de 3,4 mmol/L pour la glycémie à jeun moyenne. Chez les patients traités auparavant par un médicament antidiabétique (60 %), ce dernier a été interrompu au moment du recrutement. Les valeurs moyennes lors de la sélection des participants étaient de 0,094 pour l'HbA_{1c} et de 12,0 mmol/L pour la glycémie à jeun. Au début de l'étude, l'HbA_{1c} moyenne était de 0,106, et la glycémie à jeun moyenne, de 15,9 mmol/L. Comparativement au placebo, le traitement avec la pioglitazone à 30 mg a entraîné des réductions par rapport aux valeurs initiales de 0,013 pour l'HbA_{1c} moyenne et de 2,6 mmol/L pour la glycémie à jeun moyenne. Dans cette étude, la réponse à la pioglitazone chez les patients traités antérieurement par d'autres agents a permis de revenir aux valeurs observées avant l'entrée dans l'essai, c'est-à-dire qu'elle a largement corrigé la

hausse de l'HbA_{1c} observée pendant la période préliminaire.

La Figure 3 montre l'évolution au cours du temps de la glycémie à jeun et de l'HbA_{1c} chez les patients naïfs et ceux ayant déjà été traités par des antidiabétiques, au cours d'une étude de 16 semaines.

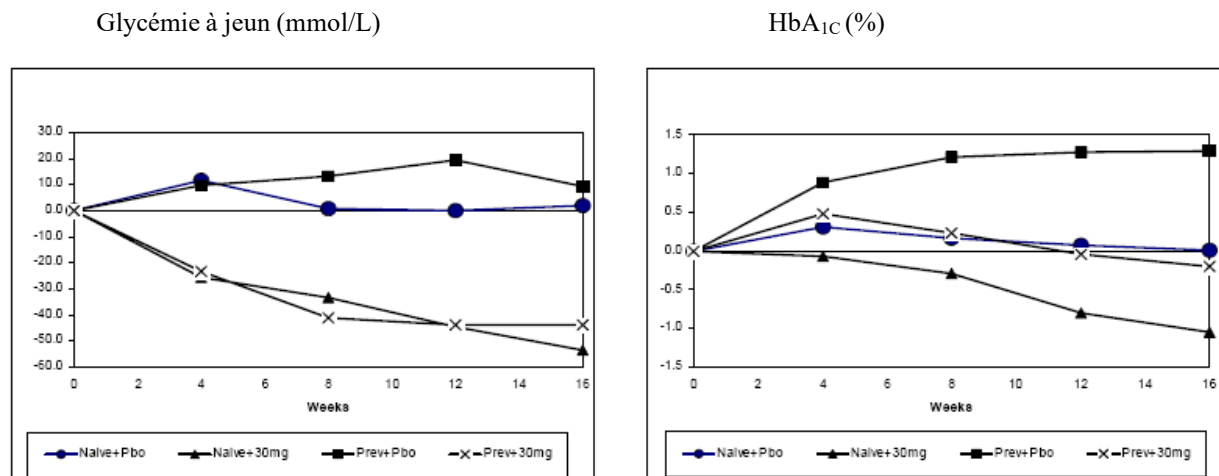


Figure 3. Changement moyen par rapport aux valeurs initiales pour la glycémie à jeun et l'HbA_{1c} dans une étude contrôlée contre placebo de 16 semaines

Une analyse de sous-groupes a été effectuée sur les résultats combinés des études en monothérapie susmentionnées afin de déterminer si les taux d'HbA_{1c} à l'entrée dans l'étude avaient un effet sur les résultats finaux. Aucune différence significative n'a été décelée dans l'efficacité de la pioglitazone à abaisser les taux d'HbA_{1c}, qu'ils aient été au début de l'étude inférieurs à 0,09 ou $\geq 0,09$.

Essais cliniques sur le traitement d'association

Trois études cliniques de 16 semaines, randomisées, à double insu et contrôlées contre placebo ont été menées pour évaluer les effets de la pioglitazone sur le contrôle de la glycémie chez des patients atteints d'un diabète de type 2 mal maîtrisé ($HbA_{1c} \geq 0,08$) en dépit d'un traitement actuel par une sulfonylurée, la metformine ou l'insuline, en monothérapie ou en association.

Pioglitazone et sulfonylurée :

Dans une étude à double insu sur le traitement d'association, 560 patients atteints de diabète de type 2 et traités par une sulfonylurée, soit seule ou en association avec un autre agent antidiabétique, ont été répartis au hasard pour recevoir soit un placebo, soit 15 ou 30 mg de pioglitazone une fois par jour en plus de leur traitement actuel par une sulfonylurée. La prise de tout autre agent antidiabétique a été interrompue. La Figure 4 montre les changements de l'HbA_{1c} pendant les 16 semaines de l'étude. Comparativement au placebo, l'adjonction de pioglitazone à raison de 15 et de 30 mg à la sulfonylurée a réduit de façon significative l'HbA_{1c} moyenne de 0,009 et de 0,013, respectivement. Comparativement au placebo, la dose de 15 mg a diminué la glycémie à jeun moyenne de 2,2 mmol/L, et celle de 30 mg, de 3,2 mmol/L.

La pioglitazone a produit des augmentations significatives liées à la dose du HDL-C (15 mg, 0,04; 30 mg, 0,10 mmol/L; $p < 0,05$) et des baisses significatives des triglycérides liées à la dose (15 mg,

-0,44; 30 mg, -0,80 mmol/L; $p < 0,05$). Voir aussi **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Pharmacodynamie, MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Appareil cardiovasculaire, Œdème, Prise de poids et EFFETS INDÉSIRABLES.**

On a observé l'effet thérapeutique de la pioglitazone en association avec une sulfonylurée, peu importe que les doses de cet agent aient été faibles, modérées ou élevées (< 50 %, 50 % ou > 50 % de la dose quotidienne maximale recommandée). Un certain nombre de sulfonylurées différentes ont été utilisées dans cette étude, y compris le glyburide (55 % des patients) et le glipizide (19 % des patients).

Pioglitazone et metformine :

Dans une deuxième étude à double insu sur le traitement d'association, 328 patients atteints de diabète de type 2 et traités par la metformine, seule ou en association avec un autre agent antidiabétique, ont été répartis au hasard pour recevoir soit un placebo, soit 30 mg de pioglitazone une fois par jour en plus de la metformine. La prise de tout autre agent antidiabétique a été interrompue. Comparativement au placebo, l'adjonction de la pioglitazone à la metformine a réduit de façon significative l'HbA_{1c} moyenne (0,008) et la glycémie à jeun moyenne (2,1 mmol/L) (Figure 4). De plus, la pioglitazone a significativement augmenté le HDL-C (0,08 mmol/L; $p < 0,05$) et diminué les triglycérides (- 0,72 mmol/L; $p < 0,05$). Voir aussi **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Pharmacodynamie, MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Appareil cardiovasculaire, Œdème, Prise de poids et EFFETS INDÉSIRABLES.**

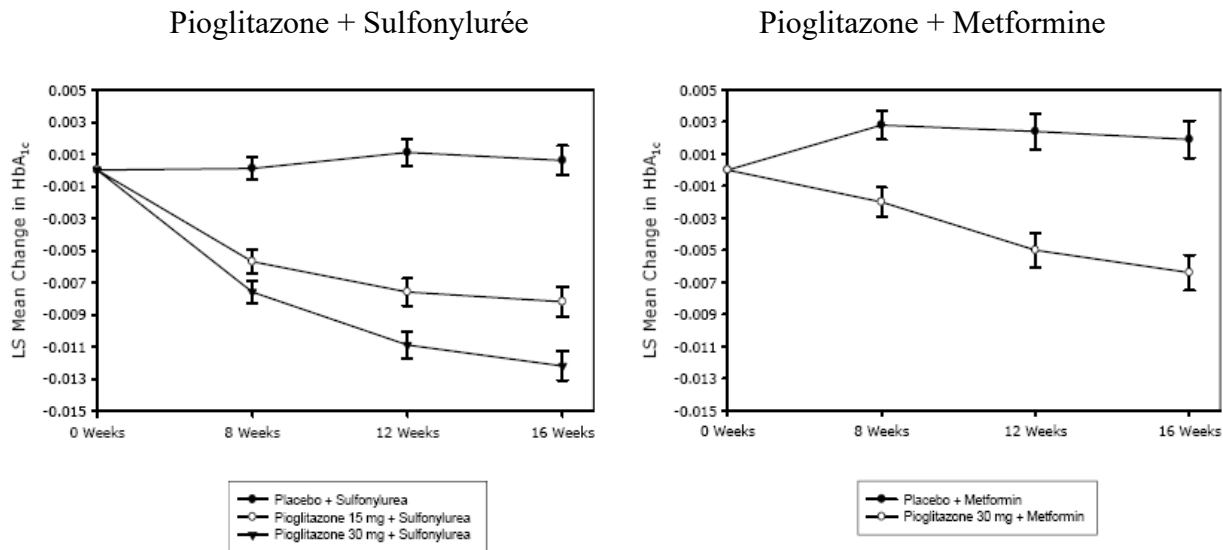


Figure 4 - Changement moyen par rapport aux valeurs initiales de l'HbA_{1c} (%) pendant les études contrôlées contre placebo portant sur le traitement d'association avec la pioglitazone.

On a observé l'effet thérapeutique de la pioglitazone en association avec la metformine, peu importe que les doses de metformine aient été faibles ou fortes (< 2000 mg par jour ou ≥ 2000 mg par jour).

Traitement de longue durée avec la pioglitazone :

Au cours d'une étude de prolongation ouverte d'études menées à double insu sur l'association de la pioglitazone avec une sulfonylurée ou la metformine, 236 patients ont reçu la pioglitazone en association avec une sulfonylurée et 154 ont reçu la pioglitazone en association avec la metformine. Les patients ayant reçu la sulfonylurée ont d'abord reçu la pioglitazone à raison de 15 mg par jour tandis que ceux ayant reçu la metformine ont d'abord reçu la pioglitazone à raison de 30 mg par jour. D'après les changements de l'HbA_{1c}, la dose d'Teva-Pioglitazone pouvait être portée à 45 mg par jour. La durée médiane du traitement ouvert avec la pioglitazone a été de 67,6 semaines, et la durée maximale, de 84 semaines.

Les changements moyens de l'HbA_{1c}, de la glycémie à jeun, des triglycérides et du HDL-C dans les groupes traités avec la pioglitazone au cours des études à double insu mentionnées ci-dessus se sont maintenus pendant au moins 60 semaines de traitement ouvert. Chez les patients qui ont reçu le traitement ouvert avec la pioglitazone pendant au moins 60 semaines, la réduction moyenne de l'HbA_{1c} par rapport au début de l'étude à double insu a été de 0,013 ($p < 0,0001$). La glycémie à jeun moyenne a baissé de 3,7 mmol/L (changement moyen -25,12 %). Les changements moyens des triglycérides et du HDL-C ont été de -10,4 % et de +9,3 %, respectivement. Tous les changements moyens ont été comparables avec les deux traitements d'association.

Les effets indésirables signalés pendant l'étude de prolongation ouverte étaient, en général, semblables à ceux des études précédentes à double insu (*voir EFFETS INDÉSIRABLES*).

Pioglitazone et insuline :

L'administration d'Teva-Pioglitazone en association avec l'insuline n'est pas indiquée.

Dans une étude en double insu sur le traitement d'association, 566 patients atteints de diabète de type 2 et traités par une dose médiane de 60,5 unités d'insuline par jour, seule ou en association avec un autre agent antidiabétique, ont été répartis au hasard pour recevoir 15 ou 30 mg de pioglitazone ou un placebo une fois par jour en plus de leur insuline. La prise de tout autre agent antidiabétique a été interrompue. Les effets indésirables signalés le plus souvent chez les patients recevant la pioglitazone en association avec de l'insuline étaient l'hypoglycémie (pioglitazone 15 mg : 7,9 %; pioglitazone 30 mg : 15,4 %), les infections des voies respiratoires supérieures (pioglitazone 15 mg : 8,4 %; pioglitazone 30 mg : 14,9 %) et l'œdème (pioglitazone 15 mg : 12,6 %; pioglitazone 30 mg : 17,6 %). Chez les patients recevant le placebo et l'insuline, l'incidence de ces effets indésirables a été comme suit : hypoglycémie : 4,8 %; infections des voies respiratoires supérieures : 9,6 %; œdème : 7 %.

Études cardiovasculaires :

Dans une étude contrôlée contre placebo de 6 mois menée auprès de 334 patients atteints de diabète de type 2 et dans une étude ouverte de longue durée (un an ou plus) menée auprès de plus de 350 patients également atteints de diabète de type 2, l'évaluation par échocardiographie n'a révélé aucune augmentation de l'indice moyen de la masse ventriculaire gauche ni aucune diminution de l'index cardiaque moyen chez les patients traités avec la pioglitazone. Une hypertrophie cardiaque déclenchée par la précharge a été observée dans certaines études de toxicologie chez l'animal.

Dans les essais cliniques où les critères d'exclusion comprenaient un état cardiaque de classe III ou IV selon les critères de la *New York Heart Association* (NYHA), des preuves électrocardiographiques d'hypertrophie ventriculaire gauche, des antécédents d'infarctus du myocarde, d'angioplastie coronaire, de pontage coronarien par greffe, d'angine de poitrine instable, d'accident ischémique transitoire ou un accident vasculaire cérébral documenté 6 mois avant le début de l'étude, on n'a observé aucune augmentation de l'incidence d'effets cardiaques indésirables graves pouvant être liés à l'expansion volumique (p. ex. insuffisance cardiaque congestive). Aucun essai clinique sur la pioglitazone n'a été mené auprès de patients présentant un état cardiaque de classe III ou IV selon les critères de la NYHA. L'exposition à la pioglitazone en présence d'un état cardiaque de classe II était limitée dans les essais cliniques menés avant le lancement.

Une étude d'innocuité post-commercialisation de 24 semaines a été menée en vue de comparer la pioglitazone (n = 262) au glyburide (n = 256) chez des patients dont le diabète n'était pas maîtrisé (HbA_{1c} moyenne : 8,8 % au départ, durée moyenne du diabète : 11,8 ans) et qui présentaient une insuffisance cardiaque de classe II (81 %) ou III selon les critères de la NYHA et une fraction d'éjection inférieure à 40 % (fraction d'éjection moyenne de 30 % au départ). L'insuline était utilisée au départ par 33,2 % (172/518) des patients qui étaient répartis également entre les groupes de traitement. Au cours de l'étude, 54,2 % (142/262) et 42,6 % (109/256) des sujets des groupes pioglitazone et glyburide, respectivement, utilisaient de l'insuline de façon concomitante. Le taux d'incidence global d'une première manifestation définie comme l'évolution vers une insuffisance cardiaque congestive (ICC) étaient de 13,4 % (35/262) dans le groupe pioglitazone et 8,2 % (21/256) dans le groupe glyburide ($p = 0,024$), avec une différence entre les groupes observée dès la 6^e semaine. Le taux plus élevé était dû principalement à un taux démesuré plus élevé d'hospitalisations d'une nuit pour aggravation de l'ICC dans le groupe pioglitazone (9,9 %) par rapport au groupe glyburide (4,7 %). Il n'y avait pas de différence entre les groupes de traitement pour ce qui est de la mortalité cardiovasculaire.

PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE

Effets cliniques sur le métabolisme du glucose

Dans les premières études de tolérance à dose unique et à doses multiples, menées chez des volontaires sains au moyen d'un éventail de doses de pioglitazone allant de 2 à 60 mg, on a tenté d'évaluer l'effet en mesurant les taux sériques de glucose, d'insuline et de peptide C chez le sujet à jeun et après un repas. Comme on s'y attend chez des volontaires sains qui ne présentent pas de résistance sous-jacente aux effets de l'insuline dans les cellules, aucun symptôme d'hypoglycémie ni aucune diminution de la glycémie n'ont été observés. Malgré la petite taille des échantillons dans chaque groupe et les fortes variations correspondantes des moyennes, l'analyse statistique a fourni quelques preuves sur l'effet du médicament dans l'étude à dose unique : diminutions de la surface sous la courbe de la concentration en fonction du temps en ce qui concerne l'insuline postprandiale. Cet effet correspond à l'augmentation de la sensibilité à l'insuline liée au médicament observée chez les animaux diabétiques. Aucun effet n'a été observé sur les taux postprandiaux de glucose ou de peptide C. On croit que l'écart entre l'insuline et le peptide C était dû à la clairance plus lente du peptide C, qui cacherait l'effet du médicament. La diminution du taux d'insuline observée après l'administration d'une dose unique n'a pas été confirmée après l'administration pendant 7 jours.

Dans une étude menée auprès de patients atteints de diabète de type 2, la pioglitazone a été ajoutée à un traitement prolongé par une sulfonylurée. Des diminutions de la glycémie statistiquement significatives ont été observées 7 jours après l'adjonction de la pioglitazone au traitement par la sulfonylurée (ASC₀₋₂₄: 6520 mg•h/dL avant, et 5697 mg•h/dL après). Aucun changement statistiquement significatif n'a toutefois été relevé dans les variations diurnes de l'insulinémie avant (ASC₀₋₂₄: 349,7 µg•h/mL) et après le traitement (ASC₀₋₂₄: 362,4 µg•h/mL) par la pioglitazone, ce qui indique que la pioglitazone a un mode d'action différent de celui des sulfonylurées, qui diminuent la glycémie en augmentant l'insulinosécrétion.

L'administration de pioglitazone en monothérapie a amélioré la glycémie à jeun ainsi que la glycémie postprandiale, et l'effet hypoglycémiant s'est maintenu toute la journée. Après 14 jours de traitement par la pioglitazone à raison de 15, 30 et 60 mg, les valeurs de la glycémie ont en général diminué lors de chacun des dosages effectués au cours de la journée. Les variations diurnes de l'insulinémie, qui a été analysée conjointement avec la glycémie, ne différaient pas avant et après le traitement par la pioglitazone, confirmant ainsi que la pioglitazone n'a pas stimulé l'insulinosécrétion.

Des baisses de la glycémie à jeun statistiquement significatives par rapport aux valeurs initiales (1,2 mmol/L) ont été relevées dès 2 semaines de monothérapie avec la pioglitazone à raison de 30 et de 60 mg. Dans une autre étude de 8 semaines, on a observé des réductions de l'HbA_{1c} et de la glycémie à jeun dépendantes de la dose pour l'éventail posologique allant de 7,5 à 30 mg; les diminutions étaient statistiquement significatives après l'administration de 30 mg (2,3 mmol/L) en ce qui concerne la glycémie à jeun, et après l'administration de 15 mg (-0,0023) et de 30 mg (-0,0084) en ce qui concerne l'HbA_{1c}. Dans les deux études, les baisses étaient en général plus importantes chez les patients dont l'indice de masse corporelle (IMC) était plus élevé. Ces résultats ont été confirmés dans d'autres études pendant lesquelles les patients ont reçu de la pioglitazone soit en monothérapie, soit en association avec des sulfonylurées. Dans une étude, la glycémie à jeun avait été significativement réduite dès la 4^e semaine, et l'HbA_{1c}, dès la 8^e semaine. Dans une autre étude, l'HbA_{1c} était réduite significativement dès la 4^e semaine.

La pioglitazone améliore la sensibilité à l'insuline et la capture splanchnique du glucose chez des patients insulino-résistants atteints de diabète de type 2. La pioglitazone augmente l'élimination insulino-dépendante du glucose et la réactivité cellulaire à l'insuline, atténuant ainsi le déséquilibre de l'homéostasie du glucose. La diminution de l'insulino-résistance entraîne un abaissement de la glycémie, de l'insulinémie et des taux d'HbA_{1c}.

Au cours des études de courte durée, la pioglitazone a significativement accru la sensibilité à l'insuline et amélioré la fonction des cellules bêta du pancréas. Au cours des études cliniques, des patients atteints de diabète de type 2 ont été répartis au hasard pour recevoir soit un placebo, soit la pioglitazone à raison de 30 mg par jour en monothérapie ou en association avec une dose stable de sulfonylurée ou de metformine. Après 16 semaines, les évaluations par modèle d'homéostasie (HOMA) ont montré que la pioglitazone avait significativement réduit l'insulino-résistance ($p < 0,05$) et amélioré la fonction des cellules bêta ($p < 0,001$) dans tous les groupes ayant reçu la pioglitazone.

On a observé que les améliorations de la sensibilité à l'insuline des tissus hépatique et périphérique que procure la pioglitazone sont en corrélation avec une réduction des graisses viscérales. Au cours d'une étude, la sensibilité à l'insuline a été déterminée à partir d'une

épreuve de tolérance au glucose par voie orale et au moyen d'un clamp hyperinsulinémique euglycémique en deux étapes, effectuée par perfusion de ^3H -glucose, et les changements des dépôts de graisses abdominales ont été mesurés par IRM. Des patients atteints de diabète de type 2 recevant une dose stable d'une sulfonyleurée ou traités par le régime alimentaire seulement ont reçu 45 mg de pioglitazone par jour. Après 16 semaines, la pioglitazone avait significativement réduit les graisses viscérales, soit de 10 % (de 144 à 131 cm^2 ; $p < 0,05$) et augmenté de 11 % les graisses extra-abdominales, y compris les graisses musculaires et les graisses sous-cutanées (de 301 à 342 cm^2 ; $p < 0,01$). La pioglitazone a aussi significativement réduit la production de glucose endogène basale ainsi que la concentration plasmatique d'insuline, mais a significativement augmenté le taux de clairance métabolique du glucose ($p < 0,05$ dans tous les cas). La réduction des graisses viscérales a été en corrélation avec la baisse de l'insulinorésistance basale ainsi qu'avec la hausse de la sensibilité des tissus périphériques à l'insuline.

Au cours d'une autre étude dans le cadre de laquelle on a également utilisé l'IRM pour mesurer les réserves de graisses, des patients atteints de diabète de type 2 ont été répartis au hasard pour recevoir un placebo ou 45 mg de pioglitazone par jour pendant 18 semaines. Par rapport au placebo, la pioglitazone a significativement réduit les graisses intra-abdominales, a significativement réduit l'HbA_{1c} (-0,015) et la glycémie à jeun (-2,4 mmol/L), mais a augmenté les graisses sous-cutanées et le tour de hanches.

Selon une autre étude, la teneur en graisse des muscles est en corrélation avec l'efficacité clinique chez les patients chez qui le diabète de type 2 est mal maîtrisé par une sulfonyleurée. La densité des graisses viscérales, sous-cutanées et musculaires a été déterminée par tomographie par ordinateur. Après un traitement de 6 mois par 30 mg de pioglitazone par jour, une analyse de régression multiple a montré qu'il y avait une corrélation significative entre l'amélioration de l'HbA_{1c} et la densité initiale du muscle de la cuisse et de la hanche (cuisse : $R^2 = 0,59$; hanche : $R^2 = 0,72$).

Autres effets cliniques pharmacodynamiques

Plusieurs études cliniques ont aussi démontré que la pioglitazone augmentait significativement la taille des particules de LDL. Au cours d'une des études, la pioglitazone administrée à raison de 15 mg ou 30 mg par jour pendant 16 semaines a significativement réduit l'indice athérogène du plasma, lequel est en corrélation inverse avec la taille des particules de LDL. Au cours d'une autre étude, la pioglitazone administrée à raison de 45 mg par jour pendant 6 mois a significativement réduit l'Apo-B [de la petite sous-fraction dense (L6) la plus athérogène des LDL] et augmenté le diamètre moyen des particules de LDL.

La pioglitazone a significativement réduit l'épaisseur de l'intima-média des artères carotides. Des patients atteints de diabète de type 2 recevant une dose stable d'une sulfonyleurée ont été répartis au hasard pour recevoir un placebo ou 30 mg de pioglitazone par jour. Par rapport au groupe témoin, le groupe recevant la pioglitazone a présenté une baisse moyenne et statistiquement significative de l'épaisseur de l'intima-média des artères carotides après 3 mois ($p < 0,005$), mais encore plus marquée après 6 mois (changement après 6 mois : pioglitazone, $-0,084 \pm 0,023$ mm; groupe témoin, $0,022 \pm 0,006$ mm; $p < 0,001$).

Des études cliniques ont aussi démontré que pioglitazone produit des baisses modestes, mais significatives de la pression artérielle. Au cours d'une des études, les patients ont été répartis au hasard pour recevoir 45 mg de pioglitazone par jour pendant 26 semaines. Par rapport au départ, la

pioglitazone a significativement réduit la pression systolique médiane chez les patients normotendus et hypertendus (-5 et -10 mm Hg, respectivement; $p < 0,05$). Au cours d'une autre étude, la pioglitazone administrée à raison de 15 mg par jour pendant 12 semaines a significativement réduit tant la pression systolique que la pression diastolique (-10 et -4 mm Hg respectivement; $p < 0,05$) chez des patients atteints de diabète de type 2.

La pioglitazone réduit significativement les marqueurs d'une néphropathie diabétique précoce chez les patients atteints de diabète de type 2. Au cours d'une des études, la pioglitazone à raison de 30 mg par jour pendant 3 mois a réduit l'excrétion urinaire moyenne d'albumine de 142,8 à 48,4 $\mu\text{g}/\text{min}$ ($p < 0,01$), et les taux moyens d'endothéline-1 urinaire de 8,6 à 3,4 ng/g de créatinine urinaire ($p < 0,01$). Au cours d'une autre étude, des patients normotendus atteints de diabète de type 2 et des témoins en bonne santé ont été répartis au hasard pour recevoir 30 mg de pioglitazone par jour ou un placebo pendant 6 mois. Au début de l'étude, des podocytes étaient présents dans l'urine de 60,7 % des patients atteints de diabète. La pioglitazone a significativement réduit l'excrétion d'albumine urinaire, de 96,7 à 39 $\mu\text{g}/\text{min}$ ($p < 0,05$), et celle des podocytes urinaires, de 0,9 à 0,1 cellule/min ($p < 0,001$) chez les patients atteints de diabète de type 2.

Pharmacocinétique

La pioglitazone est métabolisée en au moins six métabolites de phase I, ainsi qu'en d'autres conjugués et produits de phase II. On a démontré que la pioglitazone et les métabolites II, III et IV exerçaient une activité pharmacologique. La pioglitazone et les métabolites M-III et M-IV se trouvent en concentrations appréciables dans le sérum humain, tandis que les métabolites M-I, M-II, M-V et M-VI s'y trouvent en concentrations beaucoup plus faibles.

Après administration orale, la pioglitazone est absorbée rapidement. Les concentrations sériques maximales sont observées environ 3 heures après l'administration de la dose. Les concentrations sériques baissent rapidement, la demi-vie étant de 8 à 11 heures. Les métabolites M-III et M-IV apparaissent tous deux lentement dans le sérum. Les concentrations commencent à être mesurables 1 à 2 heures après l'administration, et les concentrations maximales s'observent environ 16 heures après l'administration de la dose. Huit heures après la dose, la concentration sérique du métabolite M-IV dépasse celle de la substance mère et baisse lentement par la suite, sa demi-vie étant d'environ 28 heures. Les concentrations sériques du métabolite M-III sont beaucoup plus faibles que celles du métabolite M-IV (précurseur de M-III), mais elles diminuent lentement et suivent en parallèle la pente terminale du métabolite M-IV, ce qui suggère que le M-III est un métabolite à formation limitée. L'ASC pour le métabolite M-IV est approximativement 3 fois plus grande que celle pour la pioglitazone, tandis que l'ASC pour le métabolite M-III est comparable à celle pour la pioglitazone.

De 2 mg à 60 mg, l'ASC et la C_{max} pour la pioglitazone et la pioglitazone totale augmentent linéairement à mesure que la dose augmente, bien qu'au-dessus de 30 mg, l'augmentation ne soit pas tout à fait proportionnelle. En général, pendant les essais cliniques, les concentrations sériques minimales de la pioglitazone et de la pioglitazone totale chez les patients diabétiques ont aussi augmenté proportionnellement à la dose.

La pioglitazone ne modifie pas sa propre pharmacocinétique. Aucune accumulation n'a été observée, et pour l'éventail de doses étudié, les concentrations sériques sont prévisibles. Le profil

sérique de la pioglitazone après des doses répétées était semblable à celui observé après une dose unique. Pendant les essais cliniques, les concentrations sériques minimales de la pioglitazone et de la pioglitazone totale chez les patients diabétiques étaient relativement stables au cours des 26 semaines de traitement.

Même si les taux sériques de pioglitazone augmentent et baissent plutôt rapidement au cours de l'intervalle entre les doses lors d'une posologie unique, les contributions des métabolites M-III et M-IV au profil des concentrations sériques globales plaident en faveur d'un schéma posologique en une prise par jour. Après l'administration d'une dose unique, les concentrations relatives des métabolites M-III et M-IV sont élevées à la fin de l'intervalle entre les doses. Par conséquent, à l'état d'équilibre, les contributions des métabolites M-III et M-IV entraînent des concentrations sériques qui demeurent stables tout au long de l'intervalle de 24 heures entre les doses.

Après l'administration d'une dose de 45 mg de pioglitazone à 60 volontaires de sexe masculin en bonne santé, la C_{\max} moyenne atteignait 1384,7 ng/mL dans les 2 heures chez le sujet à jeun ou dans les 3 heures quand le médicament était administré avec des aliments. La clairance orale dérivée CL/F (moyenne) était de 0,0484 L/h/kg, et le volume de distribution apparent moyen, Vd/F, de 0,617 L/kg. La valeur de la clairance orale n'était qu'une fraction du débit sanguin hépatique, ce qui suggère que la pioglitazone est un médicament à faible clairance. La valeur du Vd/F est comparable au compartiment aqueux de l'organisme, soit 0,7 L/kg, ce qui suggère que la pioglitazone n'est pas largement distribuée. En s'appuyant sur les données relatives au métabolite IV de la pioglitazone recueillies chez l'animal, le volume de distribution à l'état d'équilibre, V_{ss} , variait entre 0,223 et 0,466 L/kg, ce qui suggère que la pioglitazone n'est distribuée que dans le compartiment sanguin. De plus, des études de distribution tissulaire au ^{14}C menées chez le rat ont confirmé que la pioglitazone n'était pas largement distribuée dans les tissus, sauf en ce qui concerne les organes fortement irrigués.

On prévoit un faible volume de distribution, puisque la pioglitazone est considérablement liée (> 99%) dans le sérum humain, principalement à l'albumine sérique, mais aussi à la glycoprotéine α_1 -acide et aux alpha et bêta-globulines, qui sont toutes des sites d'affinité moindre que l'albumine. La glycoprotéine α_1 -acide et les bêta-globulines sont toutes des sites non saturables à forte capacité de sorte qu'on ne prévoit pas de déplacement important. Les métabolites M-III et M-IV sont aussi tous deux hautement liés aux protéines (> 98 %). La pioglitazone possède également un coefficient de partition limité, approximativement 4 %, dans les globules rouges.

D'après les modèles chez l'animal, le métabolisme de la pioglitazone s'effectue principalement dans le foie; le rein pourrait cependant aussi jouer un rôle. Des études métaboliques au moyen à la fois de cultures de microsomes et de microsomes hépatiques spécifiques ont identifié les isoenzymes CYP2C8 et CYP3A4 du cytochrome P₄₅₀ comme responsables de plus de 50 % du métabolisme du composé, mais d'autres isoenzymes sont en cause. Ces isoenzymes peuvent servir de voies compensatrices pour atténuer l'effet de médicaments concomitants sur le métabolisme de la pioglitazone. Des études *in vitro* ont révélé que la pioglitazone n'avait ni inhibé ni induit aucune des isoenzymes du cytochrome P₄₅₀.

Après administration orale, moins de 30 % de la dose a été récupérée dans les urines sous forme de métabolites, conjugués ou non conjugués. Le principal métabolite retrouvé dans les urines était le M-V (12,4 %), suivi du M-VI (7,8 %) et du M-IV (5,8 %). On présume que la fraction restante était éliminée dans les fèces par la voie biliaire comme on l'observe chez l'animal. L'élimination

rénale de la pioglitazone inchangée était négligeable. La clairance orale dérivée de la pioglitazone inchangée est expliquée par la clairance métabolique après correction pour la biodisponibilité. La pioglitazone et ses métabolites sont éliminés du sérum lentement en dépit d'un volume de distribution apparent relativement faible. La lente élimination de la pioglitazone et de ses métabolites est expliquée par la faible clairance métabolique ou intrinsèque du composé et sa forte liaison aux protéines.

L'administration de doses multiples de pioglitazone n'a pas modifié l'activité anticoagulante du phenprocoumon ni de la warfarine. Les rapports approximatifs des moyennes géométriques individuelles avec et sans pioglitazone ont été dans les limites d'équivalence prédéterminées (70 % à 143 %) tant pour le temps de Quick que pour le rapport normalisé international.

TOXICOLOGIE

Toxicité aiguë

La comparaison de la toxicité intrapéritonéale aiguë de la pioglitazone (sous forme de chlorhydrate) avec celle de quatre de ses métabolites (M-II, M-III, M-IV et M-V) a révélé que la toxicité de la pioglitazone était comparable à celle des métabolites M-II et M-III et inférieure à celle des métabolites M-IV et M-V. Dans l'ensemble, les données ont montré que la toxicité orale ou intraveineuse aiguë de la pioglitazone (sous forme de chlorhydrate) était minime chez la souris, le rat et le singe, que la majeure partie de la toxicité observée est associée au véhicule utilisé, et que deux métabolites (M-II et M-III) manifestent une toxicité comparable à celle de la substance mère.

Toxicité à long terme

Une hypertrophie cardiaque a été observée lors de l'administration orale de chlorhydrate de pioglitazone chez la souris (100 mg/kg), le rat (4 mg/kg et plus) et le chien (3 mg/kg) (approximativement 11, 1 et 2 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain pour la souris, le rat et le chien, respectivement, selon le rapport mg/m²). Dans une étude d'un an chez le rat, une mort précoce liée au médicament et due à une dysfonction cardiaque apparente est survenue à une dose orale de 160 mg/kg/jour (environ 35 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain selon le rapport mg/m²). Une hypertrophie cardiaque a été observée lors d'une étude de 13 semaines chez le singe à des doses orales de 8,9 mg/kg et plus (environ 4 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain selon le rapport mg/m²), mais non lors d'une étude de 52 semaines à des doses orales allant jusqu'à 32 mg/kg (environ 13 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain selon le rapport mg/m²).

Pouvoir mutagène

Le chlorhydrate de pioglitazone n'était pas mutagène dans une batterie d'études génétiques de toxicologie, incluant le test d'Ames, un test de mutation génique directe dans des cellules de mammifère (CHO/HPRT et AS52/XPRT), une épreuve de cytogénétique *in vitro* au moyen de cellules pulmonaires de hamster chinois, un test de synthèse imprévue de l'ADN et un test du micronoyau *in vivo*.

Pouvoir cancérigène

Pendant l'évaluation prospective de la cytologie urinaire chez plus de 1800 patients traités avec la pioglitazone au cours d'essais cliniques se prolongeant jusqu'à un an, aucun nouveau cas de tumeur de la vessie n'a été identifié. Parfois, des résultats anormaux de l'analyse cytologique des prélèvements urinaires indiquant une tumeur maligne possible ont été observés chez les patients traités avec la pioglitazone (0,72 %) et chez ceux du groupe placebo (0,88 %).

Reproduction et tératologie

Aucune réaction indésirable sur la fécondité n'a été observée chez les rats mâles et femelles ayant reçu des doses orales quotidiennes de chlorhydrate de pioglitazone allant jusqu'à 40 mg/kg avant le début et tout au long des périodes d'accouplement et de gestation (environ 9 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain selon le rapport mg/m²).

La pioglitazone ne s'est pas révélée tératogène chez la rate à des doses orales allant jusqu'à 80 mg/kg ni chez la lapine à des doses allant jusqu'à 160 mg/kg pendant l'organogenèse (environ 17 et 40 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain d'après le rapport mg/m², respectivement). Un retard de la parturition et des effets embryotoxiques (mis en évidence par une augmentation des pertes après l'implantation, un retard du développement et une diminution des poids fœtaux) ont été observés chez les rates aux doses orales de 40 mg/kg/jour et plus (environ 10 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain d'après le rapport mg/m²). Aucun effet toxique touchant la capacité fonctionnelle ni le comportement n'a été observé chez la progéniture des rates. Chez la lapine, une dose orale de 160 mg/kg (environ 40 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain d'après le rapport mg/m²) a entraîné des effets embryotoxiques. Un retard du développement postnatal, attribué à une diminution du poids corporel, a été observé chez la progéniture des rates à des doses orales de 10 mg/kg (environ 2 fois la dose orale maximale recommandée chez l'humain d'après le rapport mg/m²) et plus données vers la fin de la gestation et pendant la lactation.

RÉFÉRENCES

1. Aronoff S, Rosenblatt S, Braithwaite S, et al. Pioglitazone 001 Study Group. Pioglitazone hydrochloride monotherapy improves glycemic control in the treatment of patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000;23:1605-1611.
2. Buse JG. Pioglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: US clinical experience. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2000;108[*suppl 2*]:S250-S255.
3. Buchanan TA, Meehan WP, Jeng YY, et al. Blood pressure lowering by pioglitazone. Evidence for a direct vascular effect. *J Clin Invest* 1995;96(1):354-360.
4. The DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Eng J Med* 1993;329(14):977-986.
5. Deng LJ, Wang F, Li HD. Effect of gemfibrozil on the pharmacokinetics of pioglitazone. *Eur J Clin Pharmacol* 2005;61:831-836.
6. Einhorn D, Rendell M, Rosenzweig J, et al. The Pioglitazone 027 Study Group. Pioglitazone hydrochloride in combination with metformin in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a randomized, placebo-controlled study. *Clin Ther* 2000;22:1395-1409.
7. Einhorn D, Kipnes M, Glazer B. Pioglitazone 031 Study Group. Durability of glycemic control with pioglitazone in long-term combination and monotherapy. *Diabetes* 2001;50[*suppl 2*]: 443-P.
8. Fodor JG, Frohlich JJ, Genest Jr JJ, McPherson PR for the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias. Recommendations for the management and treatment of dyslipidemias. *CMAJ* 2000;162(10):1441-1447.
9. Gegick CG, Altheimer MD. Comparison of effects of thiazolidinediones on cardiovascular risk factors: Observations from a clinical practice. *Endocrine Prac.* 2001;7(3):162-169.
10. Grossman LD. New solutions for type 2 diabetes: The role of pioglitazone. *Pharmacoeconomics* 2002;20(*Suppl 1*):1-9.
11. Haffner SM *et al.* Insulin sensitivity in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:562-568.
12. Hagiwara T, Mikami H, Azuma J, et al. Pharmacokinetic study of AD-4833 in the elderly. *Jpn J Clin Exp Med* 1997;74(5):1307-1318.

13. Hiraga K. Clinical phase I study of AD-4833 single-dose and repeated-dose studies. *Jpn J Clin Exp Med* 1997;74(5):1884-1201.
14. Jaakkola T, Backman J, Neuvonen M, et al. Effect of rifampicin on the pharmacokinetics of pioglitazone. *Br J Clin Pharmacol* 2006;61:70-78.
15. Jaakkola T, Backman J, Neuvonen M, et al. Effects of gemfibrozil, itraconazole, and their combination on the pharmacokinetics of pioglitazone. *Clin Pharmacol & Therapeutics* 2005;77:404-414.
16. Kamada T, Kamikubo T, Tokuda T, et al. Muscle fat content predicts clinical efficacy of pioglitazone in type 2 diabetic patients. *Diabetol* 2001;44[suppl 1]:A846.
17. Kaneko T, Baba S, Toyota T, et al. Clinical evaluation of an insulin resistance-improving drug, AD-4833 in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) on diet therapy alone. *Jpn J Clin Exp Med* 1997;74(5):1227-1249.
18. Kaneko T, Baba S, Toyota T, Akanuma Y, et al. Dose finding study of AD-4833 in patients with NIDDM on diet therapy alone - double-blind comparative study on four dosages. *Jpn J Clin Exp Med* 1997;74(5):1250-1277.
19. Kaneko T, Suzuki A, Inoue T, et al. Clinical evaluation of an insulin-resistance improving drug, AD-4833, in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus by concomitant administration with Basen[®] tablets - An open-labeled phase III study. *Jpn J Clin Exp Med* 1997;74(6):1540-1556.
20. Khan M, St.Peter J, Xue J. A prospective, randomized comparison of the metabolic effects of pioglitazone or rosiglitazone in patients with type 2 diabetes who were previously treated with troglitazone. *Diabetes Care* 2002;25(4):708-711.
21. Kipnes MS, Krosnick A, Rendell MD, et al. Pioglitazone hydrochloride in combination with sulfonylurea therapy improves glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized, placebo-controlled study. *Am J Med* 2001;111:10-17.
22. Koshiyama H, Shimono D, Kuwamura N, et al. Inhibitory effect of pioglitazone on carotid arterial wall thickness in type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86(7):3452-3454.
23. Lawrence JM, Reckless JPD. Pioglitazone. *Int J Clin Pract.* 2000;54(9):614-618.
24. Lean ME, Priest M, Stump S. Pioglitazone reduces intra-abdominal fat. *Diabetol* 2001;44[suppl 1]:A847.
25. Lebrizzi R, Egan J. Pioglitazone Study Group, 2000. The HbA_{1c} and blood glucose response to pioglitazone (ACTOS[®]) in combination with insulin in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2000;50[suppl 1]:S58.

26. Maruyama H, Terauchi M, Hayashi M, et al. Relation between the effect of pioglitazone treatment on glucose-lipid metabolism, blood pressure and abdominal fat distribution in type 2 diabetes. *Diabetes* 2001;50 [suppl 1]:A503-P.
27. Meltzer S, Leiter L, Daneman D, et al. Clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. *CMAJ* 1998;159[suppl 8]:S1-S29.
28. Miyazaki Y, Mahankali A, Matsuda M, et al. Improved glycemic control and enhanced insulin sensitivity in type 2 diabetic subjects treated with pioglitazone. *Diabetes Care* 2001;24:710-719.
29. Miyazaki Y, Mahankali A, Matsuda M, et al. Effect of pioglitazone on abdominal fat distribution and insulin sensitivity in type 2 diabetic patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(6):2784-2791.
30. Nakamura T, Ushimiyama C, Shimada N, et al. Comparative effects of pioglitazone, glibenclamide, and voglibose on urinary endothelin-1 and albumin excretion in diabetes patients. *J Diabetes Complications* 2000;14:250-254.
31. Nakamura T, Ushiyama C, Osada S, et al. Pioglitazone reduces urinary podocyte excretion in type 2 diabetes patients with microalbuminuria. *Metab* 2001;50(10):1193-1196.
32. Rosenblatt S, Miskin B, Glazer NB for the Pioglitazone 026 Study Group. The impact of pioglitazone on glycemic control and atherogenic dyslipidemia in patients with type 2 diabetes mellitus. *Coronary Art Dis* 2001;12(5):413-423.
33. Rosenstock J. Pioglitazone 001 Study Group. Improved insulin sensitivity and beta-cell responsiveness suggested by HOMA analysis of pioglitazone therapy. *Diab Res Clin Prac* 2001;40[suppl 1]:S61.
34. Rubin CJ, Shaffer S. Echocardiographic assessment in patients with type 2 diabetes mellitus treated with pioglitazone. *Diabetes* 2000;49[suppl 1]:A364-A365.
35. Scherbaum W and Goke B. Pioglitazone reduces blood pressure in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes* 2001;50(suppl 2)A462.
36. Takashina S, Ishida K, Kubo K. Clinical pharmacology of long-term treatment with AD-4833 - A study on the effects of the drug concentrations and blood glucose levels. *Jpn J Clin Exp Med* 1997;74(6):1614-1626.
37. Tan M. Current treatment of insulin resistance in type 2 diabetes mellitus. *Int J Clin Pract* 2000;[suppl 113]:54-62.
38. Tan M. How pioglitazone affects glucose and lipid metabolism. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2000;108[Suppl 2]:S224-S233.

39. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352:837-53.
40. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight diabetes type 2 patients (UKPDS 34). *Lancet* 1998;352:854-965.
41. Winkler K, Friedrich I, Nauck M, et al. Pioglitazone reduces dense LDL particles in patients with type 2 diabetes. *Diabetes* 2001;50[Suppl 2]:592-P.
42. Yoshimoto T, Naruse M, Shizume H, et al. Vasculo-protective effects of insulin sensitizing agent pioglitazone in neointimal thickening and hypertensive vascular hypertrophy. *Atherosclerosis* 1999;3145:333-340.
43. Monographie d'ACTOS® (chlorhydrate de pioglitazone) en comprimés à 15 mg, 30 mg et 45 mg. Takeda Canada Inc., Mississauga, Canada, L5N 2V8. N° de contrôle 203486; Date de révision : 18 janvier 2018.

PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR

PrACT PIOGLITAZONE

Comprimés de pioglitazone
15 mg, 30 mg et 45 mg de pioglitazone
(sous forme de chlorhydrate de pioglitazone)

Le présent dépliant constitue la troisième et dernière partie d'une « monographie de produit » publiée à la suite de l'approbation de la vente au Canada d'Teva-Pioglitazone et s'adresse tout particulièrement aux consommateurs. Le présent dépliant est un résumé en termes courants des renseignements médicaux présentés dans la monographie. Cette partie ne contient pas tous les renseignements scientifiques. Pour toute question au sujet de ce médicament, communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien.

AU SUJET DE CE MÉDICAMENT

Les raisons d'utiliser ce médicament :

En plus d'un régime alimentaire et d'un programme d'exercices, votre médecin vous a aussi prescrit Teva-Pioglitazone afin de traiter votre diabète de type 2, c.-à-d. d'améliorer la maîtrise de votre glycémie. Teva-Pioglitazone peut être employé seul ou en association avec une sulfonylurée ou de la metformine.

Qu'est-ce que le diabète de type 2?

L'insuline est une hormone produite par l'organisme afin de l'aider à utiliser les aliments pour produire de l'énergie. Il existe deux types de diabète : le diabète de type 1, dans lequel l'organisme cesse de produire de l'insuline, et le diabète de type 2, qui survient lorsque l'organisme ne répond pas à l'insuline aussi bien qu'il le devrait et/ou qu'il n'en produit pas assez. Dans ce cas, le glucose (sucre) s'accumule dans le sang, ce qui peut entraîner de graves problèmes de santé, comme entre autres des lésions aux reins, aux yeux ou aux nerfs, des maladies cardiaques ou des accidents vasculaires cérébraux. L'objectif principal du traitement du diabète est d'abaisser la glycémie à un niveau normal.

Comment traite-t-on habituellement le diabète de type 2?

Le traitement du diabète de type 2 doit toujours comprendre un régime alimentaire approprié, un programme d'exercices et un programme d'amaigrissement sous surveillance médicale.

Comment ce médicament agit-il?

Teva-Pioglitazone fait partie d'une classe de médicaments appelés *insulinosensibilisateurs*. Cet agent aide l'organisme à mieux répondre à sa propre insuline, ce qui entraîne une

réduction de la glycémie. Étant donné qu'Teva-Pioglitazone n'augmente pas la production d'insuline, les cas d'hypoglycémie (baisse du taux de sucre dans le sang) sont rares lorsque cet agent est utilisé seul. Même si vous prenez ACT PIOGLITAZONE, vous ne devez pas abandonner pour autant votre régime alimentaire et votre programme d'exercices.

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

Teva-Pioglitazone ne doit pas être utilisé par les personnes qui :

- souffrent d'un trouble ou d'une insuffisance cardiaques;
- ont une maladie hépatique (du foie) grave;
- sont enceintes;
- sont allergiques au chlorhydrate de pioglitazone ou à tout autre ingrédient d'Teva-Pioglitazone (*voir « Les ingrédients non médicinaux sont : » ci-après*);
- sont atteints ou ont déjà été atteints d'un cancer de la vessie;
- ont du sang dans leur urine ou dont l'urine a une coloration rouge.

L'ingrédient médicinal est :

La pioglitazone (sous forme de chlorhydrate de pioglitazone).

Les ingrédients non médicinaux sont :

Carmellose de calcium, hydroxypropylcellulose, lactose monohydraté, stéarate de magnésium

Les formes pharmaceutiques sont :

Teva-Pioglitazone est offert en comprimés de 15 mg, 30 mg ou 45 mg.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Étant donné qu'Teva-Pioglitazone n'exerce son action qu'en présence d'insuline, vous ne devez pas prendre ce médicament si vous avez un diabète de type 1 (lorsque le pancréas ne produit pas d'insuline).

Les effets secondaires graves d'Teva-Pioglitazone sont notamment :

- L'insuffisance cardiaque, dont les symptômes comprennent l'essoufflement, la faiblesse, la fatigue, l'enflure (œdème) ou un gain inhabituel de poids;
- Les troubles du foie, dont les symptômes comprennent la fatigue, le manque d'appétit, des urines foncées, un jaunissement de la peau ou du blanc des yeux.
- Le cancer de la vessie, dont les symptômes comprennent la présence de sang dans votre urine ou une coloration rouge de votre urine, une augmentation du besoin d'uriner ou de la douleur lorsque vous urinez.

Teva-Pioglitazone ne doit pas être administré avec des sulfonylurées ou de la metformine, car son utilisation avec ces agents n'a pas été approuvée.

Teva-Pioglitazone ne doit pas être administré avec de l'insuline, car son utilisation avec cette hormone n'a pas été approuvée.

Si vous prenez Teva-Pioglitazone en association avec une sulfonylurée, vous pourriez devenir hypoglycémique (faible taux de sucre dans le sang). Demandez à votre médecin quoi faire en ce cas, ou adressez-vous à votre pharmacien ou à la personne chargée de votre enseignement sur le diabète. Montrez à vos amis, collègues et membres de votre famille ce qu'ils peuvent faire pour vous venir en aide si votre taux de sucre dans le sang devient trop bas.

Consultez votre médecin sans tarder si vous êtes soumis à un stress quelconque — comme une fièvre, un traumatisme, une infection ou une chirurgie —, car en pareil cas, il pourrait être nécessaire de modifier votre traitement.

Des fractures, habituellement de la main, du bras ou du pied, sont survenues chez des femmes traitées par ACT PIOGLITAZONE. Informez-vous auprès de votre médecin au sujet du risque de fracture.

Avant de prendre ACT PIOGLITAZONE, communiquez avec votre médecin ou votre pharmacien si l'une des situations suivantes s'applique à vous :

- *Vous avez une maladie du foie.* Teva-Pioglitazone n'est pas recommandé chez les personnes qui ont une maladie du foie.
- *Vous prévoyez devenir enceinte.* Durant la grossesse, seule l'insuline doit être utilisée pour normaliser la glycémie.
- *Vous allaitez.*
- *Vous n'êtes pas ménopausée, mais vous n'avez plus vos règles.* Comme d'autres médicaments de cette classe, Teva-Pioglitazone peut entraîner une reprise de l'ovulation chez les femmes qui présentent une insulino-résistance. Vous pourriez donc devenir enceinte si vous n'employez pas de méthode contraceptive efficace.
- *Vous faites de la rétention d'eau (œdème).*

Teva-Pioglitazone ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 18 ans.

INTERACTIONS AVEC CE MÉDICAMENT

Les médicaments suivants interagissent avec Teva-Pioglitazone:

Contraceptifs oraux : Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux doivent vérifier auprès de leur médecin s'il est nécessaire d'en ajuster la dose ou d'utiliser une autre

méthode de contraception pendant le traitement par ACT PIOGLITAZONE. Les femmes doivent également informer leur médecin de tout changement dans leur cycle mensuel.

Teva-Pioglitazone peut également interagir avec d'autres médicaments comme le gemfibrozil, la rifampicine, la nifédipine et l'atorvastatine calcique. Si vous prenez l'un de ces médicaments, informez-en votre médecin.

UTILISATION APPROPRIÉE DE CE MÉDICAMENT

Dose habituelle :

Teva-Pioglitazone se prend une fois par jour, avec ou sans repas. La dose initiale est de 15 mg ou 30 mg, une fois par jour. Ne pas dépasser 45 mg, une fois par jour.

Teva-Pioglitazone ne peut vous aider à maîtriser votre glycémie que si vous le prenez régulièrement. Il est préférable de le prendre à la même heure chaque jour, au moment qui vous convient le mieux et conformément aux directives de votre médecin ou de votre pharmacien.

Teva-Pioglitazone a été prescrit à vous seul. N'en donnez pas à quelqu'un d'autre, même s'il s'agit d'une personne qui a les mêmes troubles de santé que vous.

Surdosage

Si vous pensez que vous-même ou une personne dont vous vous occupez avez pris une dose trop élevée de Teva-Pioglitazone, communiquez immédiatement avec votre professionnel de la santé, le service d'urgence d'un hôpital ou le centre antipoison de votre région, ou contactez Santé Canada au numéro sans frais 1-844-POISON-X (1-844-764-7669), même en l'absence de signes ou symptômes.

En cas de surdosage, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien, ou communiquez immédiatement avec le centre antipoison de votre région.

Dose oubliée :

Si vous oubliez de prendre une dose d'ACT PIOGLITAZONE, ne doublez pas la dose suivante pour tenter de vous rattraper. Prenez simplement la prochaine à l'heure habituelle le lendemain.

Examens de routine :

- *Glycémie à jeun :* Mesurez votre glycémie avec votre glucomètre aussi souvent que le recommande votre médecin.
- *Hémoglobine glycosylée (HbA1c) :* Test périodique destiné à vérifier si la glycémie est bien maîtrisée.

- **Enzymes hépatiques** : Épreuve que peut recommander votre médecin avant le début du traitement par Teva-Pioglitazone et occasionnellement par la suite, afin de vérifier l'état de votre fonction hépatique.
- **Yeux** : Des examens de la vue doivent être faits régulièrement. En effet, dans de rares cas, certains patients ont eu des problèmes de vision durant le traitement par ACT PIOGLITAZONE, en raison d'une enflure du fond de l'œil.

PROCÉDURES À SUIVRE EN CE QUI CONCERNE LES EFFETS SECONDAIRES

Les effets secondaires suivants ont été signalés fréquemment (c.-à-d. qu'ils peuvent toucher jusqu'à 1 patient sur 10) :

- **Œdème (rétention liquidienne ou enflure)**. Il s'agit d'une situation qui peut conduire à l'insuffisance cardiaque. En cas d'œdème des extrémités (bras et jambes, mains et pieds), de prise de poids plus rapide que d'habitude, de fatigue, de troubles respiratoires ou d'essoufflement, communiquez avec votre médecin, car ces symptômes, bien que non spécifiques, peuvent être des signes avant-coureurs de trouble ou d'insuffisance cardiaques.
- **Faible taux de sucre dans le sang (hypoglycémie)** si vous prenez Teva-Pioglitazone en association avec d'autres médicaments contre le diabète (p. ex. la metformine ou une sulfonylurée). Étourdissements, manque d'énergie, somnolence, maux de tête, tremblements, transpiration ou faim sont des signes d'un taux de sucre trop bas. Cela peut se produire lorsque vous sautez un repas, consommez de l'alcool, prenez d'autres hypoglycémifiants (médicaments qui abaissent le taux de sucre dans le sang), faites de l'exercice physique (particulièrement intense ou pendant une longue période) ou si vous avez d'autres problèmes de santé. Si ces symptômes hypoglycémiques vous incommode, informez-en votre médecin. Votre risque d'hypoglycémie est moins élevé si vous prenez uniquement ACT PIOGLITAZONE.
- **Augmentation du poids**. Communiquez avec votre médecin si vous prenez soudainement beaucoup de poids.

Les effets secondaires suivants ont été signalés dans de rares cas (c.-à-d. qu'ils peuvent toucher jusqu'à 1 patient sur 1000) :

- **Troubles du foie**. Cessez de prendre Teva-Pioglitazone et communiquez immédiatement avec votre médecin si vous éprouvez les symptômes suivants : nausées, vomissements, maux d'estomac, perte d'appétit, fatigue, urines foncées, jaunissement de la peau.
- **Hémorragie utérine** (saignements ou tachetures vaginaux inattendus) lors de la prise de contraceptifs oraux. Plus généralement, si vous éprouvez tout symptôme persistant ou gênant, discutez-en avec votre médecin.

- **Vue brouillée** en raison de la présence de liquide (enflure) dans le fond de l'œil.
- **Fractures**, habituellement de la main, du bras ou du pied. Ce symptôme a été observé chez des femmes traitées par ACT PIOGLITAZONE. Informez-vous auprès de votre médecin au sujet du risque de fracture.
- **Cancer de la vessie**. Si vous remarquez du sang dans vos urines ou que celles-ci ont une coloration rouge, ou si vous ressentez une envie d'uriner plus fréquente ou de la douleur lorsque vous urinez, cessez de prendre Teva-Pioglitazone et appelez immédiatement votre médecin.

Les effets secondaires suivants ont été signalés dans de très rares cas (c.-à-d. qu'ils peuvent toucher jusqu'à 1 patient sur 10 000) :

- **Insuffisance cardiaque ou œdème pulmonaire** (accumulation de liquide dans les poumons). Les symptômes de l'insuffisance cardiaque comprennent l'essoufflement, la fatigue après une activité physique peu intense, comme la marche, le fait de se réveiller essoufflé la nuit, l'enflure des chevilles ou des pieds. L'un des symptômes de l'œdème pulmonaire est l'essoufflement, qui peut être très important et qui peut s'aggraver dans la position couchée. Si ces symptômes surviennent, cessez de prendre Teva-Pioglitazone et appelez votre médecin immédiatement.
- **Anémie** (diminution du nombre de globules rouges dans le sang). Si cet effet survient, vous pourriez vous sentir très faible ou très fatigué.
- **Enflure du visage, des lèvres, de la bouche, de la langue ou de la gorge** (pouvant causer de la difficulté à avaler ou à respirer); urticaire ou éruptions cutanées (qui peuvent démanger). Si ces symptômes surviennent, cessez de prendre Teva-Pioglitazone et appelez votre médecin immédiatement.

EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCE ET PROCÉDURES À SUIVRE

Symptôme / effet		Consultez votre professionnel de la santé		Cessez de prendre le médicament et obtenez une aide médicale d'urgence
		Dans les cas graves seulement	Dans tous les cas	
Fréquent	Accumulation de liquide ou enflure des extrémités (bras et jambes/mains et pieds)		✓	

Fréquent (avec la prise d'un autre antidiabétique)	Hypoglycémie (faible taux de sucre dans le sang) : étourdissements, manque d'énergie, somnolence, maux de tête, tremblements, transpiration, faim	✓		
Rare	Troubles du foie : nausées, vomissements, maux d'estomac, perte d'appétit, fatigue, urines foncées ou jaunissement de la peau			✓
	Vue brouillée ou réduite en raison de la présence de liquide (enflure) dans le fond de l'œil			✓
	Fractures, habituellement de la main, du bras ou du pied, chez les femmes		✓	
	Cancer de la vessie : sang dans les urines ou coloration rouge des urines, envie d'uriner plus fréquente, douleur lorsque vous urinez			✓
Très rare	Insuffisance cardiaque ou œdème pulmonaire (liquide dans les poumons) : difficulté à respirer ou essoufflement, fatigue après une activité physique légère, fatigue inhabituelle, se réveiller essoufflé la nuit, enflure des chevilles ou des pieds, prise de			✓

	poids plus rapide que d'habitude			
	Réactions allergiques : enflure du visage, des lèvres, de la bouche, de la langue ou de la gorge (pouvant causer de la difficulté à avaler ou à respirer); urticaire ou éruptions cutanées			✓

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

COMMENT CONSERVER LE MÉDICAMENT

Conservez Teva-Pioglitazone à la température ambiante (15 °C à 30 °C) dans son contenant d'origine fermé hermétiquement, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Garder hors de la portée et de la vue des enfants.

Déclaration des effets secondaires

Vous pouvez déclarer les effets secondaires soupçonnés associés avec l'utilisation d'un produit de santé de l'une des deux façons suivantes :

- en visitant le site Web consacré à la déclaration des effets indésirables (hcanada.ca/medicament-instrument-declaration) pour savoir comment faire une déclaration en ligne, par courrier ou par télécopieur; ou
- en composant sans frais le 1-866-234-2345.

REMARQUE : Consultez votre professionnel de la santé si vous avez besoin de renseignements sur le traitement des effets secondaires. Le programme Canada Vigilance ne donne pas de conseils médicaux.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

Pour de plus amples renseignements au sujet d'Teva-Pioglitazone:

- Communiquez avec votre professionnel de la santé.
- Consultez la monographie complète de ce produit, rédigée à l'intention des professionnels de la santé et comprenant la présente Partie III : Renseignements pour le consommateur, en visitant le site Web de Santé Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/base-donnees-produits-pharmaceutiques.html>) ou celui du fabricant (<http://www.tevacanada.com>), en composant le 1-800-268-4127, poste 3, ou en écrivant à druginfo@tevacanada.com.

Le présent feuillet de renseignements a été rédigé par : Teva Canada Limitée, 30 Novopharm Court, Toronto (Ontario) Canada M1B 2K9

Dernière révision : 12 décembre 2025