

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

Avis

1^{er} juillet 2015

SOLUMEDROL 20 mg/2 ml, lyophilisat et solution pour solution injectable

1 flacon en verre et 1 ampoule de solvant de 2 ml (CIP : 34009 309 717 0 3)

SOLUMEDROL 40 mg/2 ml, lyophilisat et solution pour solution injectable

1 flacon en verre et 1 ampoule de solvant de 2 ml (CIP : 34009 309 718 7 1)

SOLUMEDROL 120 mg/2 ml, lyophilisat et solution pour solution injectable

1 flacon en verre et 1 ampoule de solvant de 2 ml (CIP : 34009 315 528 1 9)

SOLUMEDROL 1 g, poudre et solvant pour solution injectable

1 flacon en verre et 1 ampoule de solvant de 15.6 ml (CIP : 34009 386 772 2 5)

Laboratoire PFIZER

DCI	Hémisuccinate de méthylprednisolone
Code ATC (2015)	H02AB04 (glucocorticoïdes)
Motif de l'examen	Renouvellement de l'inscription
Liste concernée	Sécurité Sociale (CSS L.162-17)
Indications concernées	<p><u>SOLUMEDROL 20 mg/2ml, 40 mg/2ml, et 120 mg/2ml</u> « Les indications sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • celles de la corticothérapie générale per os lorsque la voie parentérale est nécessaire en cas d'impossibilité de la voie orale (vomissements, aspiration gastrique, troubles de la conscience); • les affections nécessitant un effet thérapeutique rapide : <ul style="list-style-type: none"> ○ allergiques: <ul style="list-style-type: none"> - œdème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques, - choc anaphylactique en complément de l'adrénaline. ○ infectieuses: <ul style="list-style-type: none"> - fièvre typhoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma, - laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant. ○ neurologiques : œdème cérébral (tumeurs, abcès à toxoplasme...) ○ ORL : dyspnée laryngée.»

SOLUMEDROL 1 g

« Les indications sont celles de la corticothérapie générale, lorsque des posologies élevées sont nécessaires en particulier:

- manifestations extra-rénales de certaines maladies systémiques telles que lupus érythémateux disséminé, en cas d'échec de la corticothérapie à dose conventionnelle,
- traitement d'attaque de certaines glomérulopathies associées ou non à une maladie systémique: en cas d'échec d'un traitement usuel,
- certaines vascularites nécrosantes en association éventuelle aux échanges plasmatiques,
- transplantation d'organe et de cellules souches hématopoïétiques allogéniques:
 - traitement du rejet de greffe,
 - traitement de la réaction du greffon contre l'hôte,
- les manifestations aiguës de la polyarthrite rhumatoïde en cas d'échec du traitement usuel, et de la corticothérapie à dose conventionnelle,
- certains purpuras thrombopéniques immunologiques très sévères,
- sclérose en plaques en poussée. »

01 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET REGLEMENTAIRES

AMM (procédure)	Date initiale : 23/09/1991 (procédure nationale)
Conditions de prescription et de délivrance / statut particulier	Liste I Prescription hospitalière Réservé à l'usage en situation d'urgence selon l'article R5121-96 du code de la santé publique
Classement ATC	H Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues H02 Corticoïdes à usage systémique H02A Corticoïdes à usage systémique non associés H02AB Glucocorticoïdes H02AB04 méthylprednisolone

02 CONTEXTE

Examen des spécialités inscrites sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux pour une durée de 5 ans à compter du 31/12/2008 (JO du 03/06/2009).

Dans son avis d'inscription du 29 Octobre 2008, la Commission a considéré que le SMR de SOLUMEDROL 1 g était important dans les indications de l'AMM.

Dans son dernier avis de renouvellement d'inscription du 26 Novembre 2008, la Commission a considéré que le SMR de SOLUMEDROL 20 mg/2ml, 40 mg/2ml, et 120 mg/2ml, restait important dans les indications de l'AMM.

03 CARACTERISTIQUES DU MEDICAMENT

03.1 Indications thérapeutiques

SOLUMEDROL 20 mg/2ml, 40 mg/2ml, et 120 mg/2ml

« Les indications sont:

- celles de la corticothérapie générale per os lorsque la voie parentérale est nécessaire en cas d'impossibilité de la voie orale (vomissements, aspiration gastrique, troubles de la conscience);
- les affections nécessitant un effet thérapeutique rapide :
 - allergiques:
 - œdème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques,
 - choc anaphylactique en complément de l'adrénaline.
 - infectieuses:
 - fièvre typhoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma,
 - laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant.
 - neurologiques : œdème cérébral (tumeurs, abcès à toxoplasme...)
 - ORL : dyspnée laryngée.»

SOLUMEDROL 1 g

« Les indications sont celles de la corticothérapie générale, lorsque des posologies élevées sont nécessaires en particulier:

- manifestations extra-rénales de certaines maladies systémiques telles que lupus érythémateux disséminé, en cas d'échec de la corticothérapie à dose conventionnelle,
- traitement d'attaque de certaines glomérulopathies associées ou non à une maladie systémique: en cas d'échec d'un traitement usuel,
- certaines vascularites nécrosantes en association éventuelle aux échanges plasmatiques,
- transplantation d'organe et de cellules souches hématopoïétiques allogéniques:
 - traitement du rejet de greffe,
 - traitement de la réaction du greffon contre l'hôte,
- les manifestations aiguës de la polyarthrite rhumatoïde en cas d'échec du traitement usuel, et de la corticothérapie à dose conventionnelle,
- certains purpuras thrombopéniques immunologiques très sévères,
- sclérose en plaques en poussée. »

03.2 Posologie

cf. RCP.

04 ANALYSE DES NOUVELLES DONNEES DISPONIBLES

04.1 Efficacité

Le laboratoire n'a fourni aucune nouvelle donnée clinique d'efficacité.

04.2 Tolérance/Effets indésirables

► Le laboratoire a fourni des nouvelles données de tolérance (PSUR couvrant la période du 28 Juin 2005 au 31 Mai 2011). La nature, la sévérité et l'évolution des événements indésirables rapportés au cours de cette période sont en accord avec les données du RCP de SOLUMEDROL.

► Depuis la dernière évaluation par la Commission, des modifications de RCP ont été réalisées (cf annexe), notamment concernant les rubriques :

- « 4.4. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi » ;
- « 4.5. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions ».

► Le profil de tolérance connu de ces spécialités n'est pas modifié.

04.3 Données de prescription

Selon les données IMS-EPPM (cumul mobile annuel automne 2014), SOLUMEDROL tous dosages et toutes formes confondues, a fait l'objet de 134 693 prescriptions.

La quasi-totalité des prescriptions de SOLUMEDROL ont été réalisées par des médecins généralistes (85 %). Enfin, 96% des prescriptions concernent la population adulte (15 ans et plus).

04.4 Stratégie thérapeutique

En raison de leurs effets anti-inflammatoires, anti-allergiques et immunosuppresseurs, les corticoïdes sont utilisés dans de nombreuses pathologies, selon deux modalités de prescription :

- en cure courte, de moins de 10 jours, dans le traitement des affections aiguës et des urgences comme la crise d'asthme.
- en traitement au long cours, seuls ou en association avec d'autres thérapeutiques.

Le champ des indications est large et non exclusif, ce qui ne permet pas de détailler la place dans la stratégie thérapeutique de chacune d'entre elles.

La voie d'administration la plus usuelle est la voie orale. La voie parentérale (intra-musculaire ou intra-veineuse) est réservée à l'urgence, aux fortes posologies. La posologie doit être adaptée en fonction de la gravité de l'atteinte, de la réponse du patient, de son âge et de la tolérance.

Afin de réduire les effets indésirables, les corticoïdes doivent être prescrits à la plus faible dose efficace et pour la durée la plus courte possible, avec une réduction progressive.

05 CONCLUSIONS DE LA COMMISSION

Considérant l'ensemble de ces informations et après débat et vote, la Commission estime que les conclusions de ses avis précédents des 29 Octobre 2008 pour SOLUMEDROL 1 g et 26 Novembre 2008 pour SOLUMEDROL 20 mg/2ml, 40 mg/2ml, et 120 mg/2ml, n'ont pas à être modifiées.

05.1 Service Médical Rendu

Compte tenu de ces éléments, la Commission considère que le service médical rendu par les spécialités SOLUMEDROL reste important dans les indications de l'AMM.

05.2 Recommandations de la Commission

La Commission donne un avis favorable au maintien de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux dans les indications de l'AMM.

► **Taux de remboursement proposé : 65 %**

► **Conditionnements**

Ils sont adaptés aux conditions de prescription selon l'indication, la posologie et la durée de traitement.

ANNEXE :

Tableau comparatif des RCP de SOLUMEDROL

Rcp en vigueur lors du dernier renouvellement	Rcp en vigueur au 17 octobre 2011
<p>4.3. Contre-indications Ce médicament est généralement contre-indiqué dans les situations suivantes: (Il n'existe toutefois aucune contre-indication absolue pour une corticothérapie d'indication vitale):</p> <ul style="list-style-type: none"> • tout état infectieux à l'exclusion des indications spécifiées (voir rubrique 4.1), • certaines viroses en évolution (notamment hépatites, herpes, varicelle, zona), • états psychotiques encore non contrôlés par un traitement, • vaccins vivants, • hypersensibilité à l'un des composants • troubles de l'hémostase ou traitement anticoagulant en cours en cas d'injection intra-musculaire. <p>Ce médicament est généralement déconseillé en association avec les médicaments non antiarythmiques, donnant des torsades de pointes (voir rubrique 4.5).</p>	<p>4.3. Contre-indications Ce médicament est généralement contre-indiqué dans les situations suivantes: (Il n'existe toutefois aucune contre-indication absolue pour une corticothérapie d'indication vitale):</p> <ul style="list-style-type: none"> • tout état infectieux à l'exclusion des indications spécifiées (voir rubrique 4.1), • certaines viroses en évolution (notamment hépatites, herpes, varicelle, zona), • états psychotiques encore non contrôlés par un traitement, • vaccins vivants, <p>Modification (RCP du 17 /10/2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, • troubles de l'hémostase ou traitement anticoagulant en cours en cas d'injection intra-musculaire. <p>Ce médicament est généralement déconseillé en association avec les médicaments non antiarythmiques, donnant des torsades de pointes (voir rubrique 4.5).</p>
<p>4.4. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi (...)</p> <p>Précautions d'emploi</p> <p>Un traitement par voie orale sera institué en relais dès que possible.</p> <p>Une rétention hydrosodée est habituelle, responsable en partie d'une élévation éventuelle de la pression artérielle. L'apport sodé sera réduit.</p> <p>La supplémentation potassique n'est justifiée que pour des traitements à fortes doses, prescrits pendant une longue durée ou en cas de risque de troubles du</p>	<p>4.4. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi (...)</p> <p>Précautions d'emploi</p> <p>Un traitement par voie orale sera institué en relais dès que possible.</p> <p>Une rétention hydrosodée est habituelle, responsable en partie d'une élévation éventuelle de la pression artérielle. L'apport sodé sera réduit.</p> <p>La supplémentation potassique n'est justifiée que pour des traitements à fortes doses, prescrits pendant une longue durée ou en cas de risque de troubles du</p>

<p>rythme ou d'associations à un traitement hypokaliémiant.</p> <p>Lorsque la corticothérapie est indispensable, le diabète et l'hypertension artérielle ne sont pas des contre-indications mais le traitement peut entraîner leur déséquilibre. Il convient de réévaluer leur prise en charge.</p> <p>Les patients doivent éviter le contact avec des sujets atteints de varicelle ou de rougeole.</p>	<p>rythme ou d'associations à un traitement hypokaliémiant.</p> <p>Lorsque la corticothérapie est indispensable, le diabète et l'hypertension artérielle ne sont pas des contre-indications mais le traitement peut entraîner leur déséquilibre. Il convient de réévaluer leur prise en charge.</p> <p>Les patients doivent éviter le contact avec des sujets atteints de varicelle ou de rougeole.</p> <p>Ajout (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>Ce médicament contient du sodium. Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol par 2 ml de solution, c'est à dire « sans sodium ».</p>
<p>4.5. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions</p> <p>Associations déconseillées</p> <p>+ Médicaments donnant des torsades de pointes: astémizole, bépridil, érythromycine IV, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, terfénaire, vincamine</p> <p>Torsades de pointe (l'hypokaliémie est un facteur favorisant de même que la bradycardie et un espace QT long préexistant).</p> <p>Utiliser des substances ne présentant pas l'inconvénient d'entraîner des torsades de pointe en cas d'hypokaliémie.</p> <p>Associations faisant l'objet de précautions d'emploi</p> <p>+Acide acétylsalicylique par voie générale (et par extrapolation autres salicylés)</p> <p>Diminution de la salicylémie pendant le traitement par les corticoïdes et risque de surdosage salicylés après son arrêt (augmentation de l'élimination des salicylés par les corticoïdes).</p> <p>Adapter les doses de salicylés pendant l'association et après l'arrêt du traitement par les corticoïdes.</p> <p>+ Antiarythmiques donnant des torsades de pointes: amiodarone, disopyramide, quinidiniques, sotalol</p> <p>Torsades de pointe (l'hypokaliémie est un facteur favorisant de même que la</p>	<p>4.5. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions</p> <p>Ajout (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>HYPOKALIÉMIANTS</p> <p>L'hypokaliémie est un facteur favorisant l'apparition de troubles du rythme cardiaque (torsades de pointes, notamment) et augmentant la toxicité de certains médicaments, par exemple la digoxine. De ce fait, les médicaments qui peuvent entraîner une hypokaliémie sont impliqués dans un grand nombre d'interactions. Il s'agit des diurétiques hypokaliémiant, seuls ou associés, des laxatifs stimulants, des glucocorticoïdes, du tétracosactide et de l'amphotéricine B (voie IV).</p> <p>Associations déconseillées</p> <p>Ajout (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>+ Acide acétylsalicylique aux doses anti-inflammatoires $\geq 1\text{g}$ par prise et /ou $\geq 3\text{g}$ par jour</p> <p>Majoration du risque hémorragique.</p> <p>+ Vaccins vivants atténués</p> <p>Risque de maladie vaccinale généralisée potentiellement mortelle.</p> <p>+ Médicaments donnant des torsades de pointes: astémizole, bépridil, érythromycine IV, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, terfénaire, vincamine</p> <p>Torsades de pointe (l'hypokaliémie est un facteur favorisant de même que la bradycardie et un espace QT long préexistant).</p> <p>Utiliser des substances ne présentant pas l'inconvénient d'entraîner des torsades de pointe en cas d'hypokaliémie.</p>

bradycardie et un espace QT long préexistant).

Prévention de l'hypokaliémie, et, si besoin, correction; surveillance de l'espace QT. En cas de torsades, ne pas administrer d'antiarythmique (entraînement électrosystolique).

+ Anticoagulants oraux

Impact éventuel de la corticothérapie sur le métabolisme de l'anticoagulant oral et sur celui des facteurs de la coagulation.

Risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé (en cas de relais par voie orale) supérieur à 10 jours.

Lorsque l'association est justifiée, renforcer la surveillance: contrôle biologique au 8ème jour, puis tous les 15 jours pendant la corticothérapie et après son arrêt.

+ Autres hypokaliémiants: diurétiques hypokaliémiants (seuls ou associés), laxatifs stimulants, amphotéricine B (voie IV)

Risque accru d'hypokaliémie (effet additif).

Surveillance de la kaliémie, avec, si besoin, correction à prendre particulièrement en compte en cas de thérapeutique digitalique.

+ Digitaliques

Hypokaliémie favorisant les effets toxiques des digitaliques.

Surveillance de la kaliémie, et, s'il ya lieu, ECG.

+ Héparines par voie parentérale

Aggravation par l'héparine du risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours.

L'association doit être justifiée, renforcer la surveillance.

+ Inducteurs enzymatiques: (anticonvulsivants: carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, primidone), rifampicine.

Diminution des concentrations plasmatiques et de l'efficacité des corticoïdes par augmentation de leur métabolisme hépatique. Les conséquences sont particulièrement importantes chez les addisoniens et en cas de transplantation.

Associations faisant l'objet de précautions d'emploi

Suppression (RCP du 17 /10/2011)

~~+Acide acétylsalicylique par voie générale (et par extrapolation autres salicylés)~~

~~Diminution de la salicylémie pendant le traitement par les corticoïdes et risque de surdosage salicylés après son arrêt (augmentation de l'élimination des salicylés par les corticoïdes).~~

~~Adapter les doses de salicylés pendant l'association et après l'arrêt du traitement par les corticoïdes.~~

+ Antiarythmiques donnant des torsades de pointes: amiodarone, disopyramide, quinidiniques, sotalol

Torsades de pointe (l'hypokaliémie est un facteur favorisant de même que la bradycardie et un espace QT long préexistant).

Prévention de l'hypokaliémie, et, si besoin, correction; surveillance de l'espace QT. En cas de torsades, ne pas administrer d'antiarythmique (entraînement électrosystolique).

+ Anticoagulants oraux

Impact éventuel de la corticothérapie sur le métabolisme de l'anticoagulant oral et sur celui des facteurs de la coagulation.

Risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé (en cas de relais par voie orale) supérieur à 10 jours.

Ajout (RCP du 17 /10/2011)

Pour des doses de 0,5 à 1g de méthylprednisolone administrées en bolus : augmentation de l'effet de l'anticoagulant oral et du risque hémorragique.

Lorsque l'association est justifiée, renforcer la surveillance: contrôle biologique au 8ème jour, puis tous les 15 jours pendant la corticothérapie et après son arrêt.

Ajout (RCP du 17 /10/2011)

Contrôle de l'INR 2 à 4 jours après le bolus de méthylprednisolone ou en présence de tous signes hémorragiques.

<p>Surveillance clinique et biologique, adaptation de la posologie des corticoïdes pendant l'association et après arrêt de l'inducteur enzymatique.</p> <p>+ Insuline, metformine, sulfamides hypoglycémiants</p> <p>Elévation de la glycémie avec parfois cétose (diminution de la tolérance aux glucides par les corticoïdes).</p> <p>Prévenir le patient et renforcer l'autosurveillance sanguine et urinaire, surtout en début de traitement. Adapter éventuellement la posologie de l'antidiabétique pendant le traitement par les corticoïdes et après son arrêt.</p> <p>+ Isoniazide (décrit pour la prednisolone)</p> <p>Diminution des concentrations plasmatiques de l'isoniazide. Mécanisme invoqué: augmentation du métabolisme hépatique de l'isoniazide et diminution de celui des glucocorticoïdes.</p> <p>Surveillance clinique et biologique.</p> <p>Associations à prendre en compte</p> <p>+ Antihypertenseurs</p> <p>Diminution de l'effet antihypertenseur (rétention hydrosodée des corticoïdes).</p> <p>+ Ciclosporine</p> <p>Augmentation possible des concentrations plasmatiques de ciclosporine et de la créatinémie.</p> <p>Mécanisme invoqué: diminution de l'élimination hépatique de la ciclosporine.</p> <p>+ Fluoroquinolones</p> <p>Possible majoration du risque de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle), particulièrement chez les patients recevant une corticothérapie prolongée.</p> <p>+ Interféron alpha</p> <p>Risque d'inhibition de l'action de l'interféron.</p> <p>+ Vaccins vivants atténués</p> <p>Risque de maladie généralisée éventuellement mortelle. Ce risque est majoré chez les sujets déjà immunodéprimés par la maladie sous jacente.</p> <p>Utiliser un vaccin inactivé lorsqu'il existe (poliomyélite)</p>	<p>+ Autres hypokaliémiants: diurétiques hypokaliémiants (seuls ou associés), laxatifs stimulants, amphotéricine B (voie IV)</p> <p>Risque accru d'hypokaliémie (effet additif).</p> <p>Surveillance de la kaliémie, avec, si besoin, correction à prendre particulièrement en compte en cas de thérapeutique digitalique.</p> <p>+ Digitaliques</p> <p>Hypokaliémie favorisant les effets toxiques des digitaliques.</p> <p>Ajout (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>Corriger auparavant toute hypokaliémie et réaliser une surveillance clinique, électrolytique et électrocardiographique.</p> <p>Suppression (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>Surveillance de la kaliémie, et, s'il ya lieu, ECG.</p> <p>+ Héparines par voie parentérale</p> <p>Aggravation par l'héparine du risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours.</p> <p>L'association doit être justifiée, renforcer la surveillance.</p> <p>+ Inducteurs enzymatiques: (anticonvulsivants: carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, primidone), rifampicine.</p> <p>Diminution des concentrations plasmatiques et de l'efficacité des corticoïdes par augmentation de leur métabolisme hépatique. Les conséquences sont particulièrement importantes chez les addisoniens et en cas de transplantation.</p> <p>Surveillance clinique et biologique, adaptation de la posologie des corticoïdes pendant l'association et après arrêt de l'inducteur enzymatique.</p> <p>+ Insuline, metformine, sulfamides hypoglycémiants</p> <p>Elévation de la glycémie avec parfois cétose (diminution de la tolérance aux glucides par les corticoïdes).</p> <p>Prévenir le patient et renforcer l'autosurveillance sanguine et urinaire, surtout en début de traitement. Adapter éventuellement la posologie de l'antidiabétique pendant le traitement par les corticoïdes et après son arrêt.</p> <p>+ Isoniazide (décrit pour la prednisolone)</p>
---	---

	<p>Diminution des concentrations plasmatiques de l'isoniazide. Mécanisme invoqué: augmentation du métabolisme hépatique de l'isoniazide et diminution de celui des glucocorticoïdes.</p> <p>Surveillance clinique et biologique.</p> <p>Ajout (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>+ Topiques gastro-intestinaux, antiacides et adsorbants (décrit pour la prednisone, la dexaméthasone) Diminution de l'absorption digestive des glucocorticoïdes. Prendre les topiques gastro-intestinaux et antiacides à distance des glucocorticoïdes (plus de 2 heures si possible).</p> <p>Associations à prendre en compte</p> <p>Ajout (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>+ Acide acétylsalicylique aux doses antalgiques ou antipyrétiques ≥ 500 mg par prise et /ou < 3g par jour Majoration du risque hémorragique.</p> <p>+ Anti-inflammatoires non stéroïdiens Augmentation du risque d'ulcération et d'hémorragie gastro-intestinale.</p> <p>+ Antihypertenseurs</p> <p>Diminution de l'effet antihypertenseur (rétention hydrosodée des corticoïdes).</p> <p>+ Ciclosporine</p> <p>Ajout (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>Avec la methylprednisolone administrée par voie IV : Augmentation possible des concentrations plasmatiques de ciclosporine et de la créatinémie.</p> <p>Mécanisme invoqué: diminution de l'élimination hépatique de la ciclosporine.</p> <p>+ Fluoroquinolones</p> <p>Possible majoration du risque de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle), particulièrement chez les patients recevant une corticothérapie prolongée.</p> <p>+ Interféron alpha</p> <p>Risque d'inhibition de l'action de l'interféron.</p> <p>+ Vaccins vivants atténués</p>
--	--

	<p>Suppression (RCP du 17 /10/2011)</p> <p>Risque de maladie généralisée éventuellement mortelle. Ce risque est majoré chez les sujets déjà immunodéprimés par la maladie sous-jacente.</p> <p>Utiliser un vaccin inactivé lorsqu'il existe (poliomyélite)</p> <p>Ajout (RCP du 16 /10/2009)</p> <p>+ Curares non dépolarisants :</p> <p>Avec les glucocorticoïdes par voie IV : risques de myopathie sévère, réversible après un délai éventuellement long (plusieurs mois).</p>
--	---