

GTAA

Groupe de travail
sur les
**antifongiques
azolés**
2^{ème} édition

Résumé du GTAA 2

F. Saint-Marcoux

Quelques mots destinés aux prescripteurs

- VORICONAZOLE en curatif:
 - 50% des patients avec 200mg 2/j atteignent 2 mg/L.
 - (pediatrie: doses de 8 à 20 mg/kg 2/j pour atteindre 2 mg/L.

 - 1/3 des patients avec conc. « fortes », dont 1/3 auront une neurotox.
 - Hépatotoxicité, idem.
 - Toutefois, la durée de la surexposition est le facteur de risque.

 - Dose de charge, puis dosage à J2.
 - Augmentation ou diminution par palier de 50mg.
 - STP:
 - Sujet avec IAM.
 - Mais également impact sur les ttt assoc. (IS en transplant.): la conc guide également l'impact de l'IAM.

- POSACONAZOLE en prophylaxie hémato:
 - 50% des patients en phase d'induction avec $C < 0,5$ mg/L.
 - 25% avec $C < 0,3$ mg/L.
 - En transplantation hépatique:
 - 1/3 des patients $< 0,5$ mg/L
 - Dosage $> 0,5$ mg/l et patient apyrétique maintien de la même posologie
 - Dosage $> 0,5$ mg/l et patient fébrile
 - Multiplier les prélèvements mycologiques et réaliser un Scanner thoracique et sinusien
 - Changement de traitement en cas de suspicion d'IFI ou de fièvre persistante
 - Dosage bas et patient apyrétique, augmenter la posologie en favorisant la prise en 3/j?
 - Oui, si $< 0,3$ mg/L.
 - Non, si 0,3-0,5 (observance, alimentation, contexte patho (mucite, diarrhée...)?
- Contrôle C**
- Dosage bas et patient fébrile, les explorations sont indispensables et le changement de traitement paraît approprié au profit d'une autre classe thérapeutique selon l'AMM
 - Pas de données objectives pour augmenter a priori la posologie (300x3, par ex).
 - Optimiser les modes d'administration et les modalités de surveillance de l'observance.
 - Quand commencer le ttt prophylactique ?

Quelques mots aux pharmacologues

- Sous-traitance: pratique inadaptée au contexte.
- Il est impératif d'étudier les facteurs clinico-biologiques expliquant la faible exposition en induction.

- French do it better!