

MONOGRAPHIE DE PRODUIT

^{Pr} **AURO-MIRTAZAPINE**

(mirtazapine)

Comprimés

15 mg, 30 mg et 45 mg

Norme maison

ANTIDÉPRESSEUR

Auro Pharma Inc.
3700, avenue Steeles Ouest, Suite 402
Woodbridge (Ontario) L4L 8K8
CANADA

Date de révision :
Le 10 septembre 2020

Numéro de contrôle : 242183

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..... | 5 |
| EFFETS INDÉSIRABLES..... | 12 |
| INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES..... | 19 |
| POSOLOGIE ET ADMINISTRATION | 22 |
| SURDOSAGE..... | 24 |
| MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE..... | 25 |
| STABILITÉ ET CONSERVATION..... | 28 |
| DIRECTIVES PARTICULIÈRES DE MANIPULATION..... | 28 |
| PRÉSENTATION, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT..... | 29 |
| | |
| PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES | 30 |
| RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES..... | 30 |
| ESSAIS CLINIQUES | 31 |
| PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE..... | 32 |
| TOXICOLOGIE..... | 35 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 39 |
| | |
| PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR..... | 41 |

Pr AURO-MIRTAZAPINE

(mirtazapine)

Comprimés

15 mg, 30 mg et 45 mg

Norme maison

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT

| Voie d'administration | Présentation et teneur | Tous les ingrédients non médicinaux |
|-----------------------|---|--|
| Orale | Comprimés dosés à 15 mg, 30 mg et 45 mg | <p>Lactose monohydraté, hydroxypropylcellulose, amidon de maïs, silice colloïdale anhydre, hydroxypropylcellulose à faible degré de substitution et stéarate de magnésium.</p> <p>Les ingrédients d'enrobage :</p> <p>Opadry Jaune 20A52560 (15 mg) : contient hydroxypropylcellulose, hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp), dioxyde de titane et oxyde de fer jaune.</p> <p>Opadry Brun 20A56788 (30 mg) : contient Hydroxypropylcellulose, Hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp), dioxyde de titane, oxyde de fer jaune, oxyde de fer rouge et oxyde de fer noir.</p> <p>Opadry Blanc 20A58806 (45 mg) : contient Hydroxypropylcellulose, Hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp), dioxyde de titane.</p> |

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

Adultes

AURO-MIRTAZAPINE (mirtazapine) est indiqué pour le soulagement des symptômes de la dépression.

Utilisation prolongée d'AURO-MIRTAZAPINE

Un essai contrôlé par placebo a démontré l'efficacité de la mirtazapine à maintenir une réponse chez des patients atteints de trouble dépressif majeur pendant jusqu'à 40 semaines après 8 à 12 semaines du traitement initial ouvert. Néanmoins, le médecin qui choisit l'utilisation d'AURO-MIRTAZAPINE pour des périodes prolongées devrait périodiquement évaluer la réponse à long terme de chaque patient.

Personnes âgées (> 65 ans) :

Les données issues des essais cliniques et de l'expérience donnent à penser que l'utilisation de la mirtazapine chez des personnes âgées pourrait être associée à des différences en matière d'innocuité ou d'efficacité. Le lecteur trouvera de plus amples détails dans les sections appropriées [voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Neurologique – Somnolence; Populations particulières – Personnes âgées (> 65 ans); POSOLOGIE ET ADMINISTRATION et MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Populations particulières et états pathologiques – Personnes âgées].

Enfants (< 18 ans) :

L'emploi d'AURO-MIRTAZAPINE n'est pas indiqué chez les patients de moins de 18 ans (Voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Généralités, Lien possible avec la manifestation de modifications du comportement et de l'émotivité, y compris l'automutilation, voir également les sections EFFETS INDÉSIRABLES – Enfants, POSOLOGIE ET ADMINISTRATION et MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Populations et situations particulières – Enfants).

CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité : AURO-MIRTAZAPINE est contre-indiqué chez les patients qui présentent une hypersensibilité connue au médicament ou à l'une ou l'autre de ses composantes. Voir la section PRÉSENTATION, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT pour connaître la liste complète des ingrédients.

Inhibiteurs de la monoamine oxydase : Chez les patients qui reçoivent des agents qui peuvent avoir des répercussions sur le système sérotoninergique, administrés en concomitance avec un inhibiteur de la monoamine oxydase (MAO), des cas de réactions graves, parfois mortelles, ont été signalés, incluant l'hyperthermie, la rigidité, la myoclonie, l'instabilité autonome possiblement accompagnée de fluctuations rapides des signes vitaux et des changements de l'état mental, notamment une agitation extrême évoluant en délire et en coma. Ces réactions ont aussi été signalées chez des patients qui ont récemment cessé de prendre un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) et qui ont commencé à prendre un inhibiteur de la MAO. Certains cas présentaient des caractéristiques semblables à une toxicité sérotoninergique ou à un syndrome neuroleptique malin (voir la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Neurologique – Toxicité sérotoninergique/Syndrome neuroleptique malin). Il ne faut donc pas administrer AURO-MIRTAZAPINE en concomitance avec un inhibiteur de la MAO [incluant le linézolide, un antibiotique, ainsi que le chlorure de méthylthioninium (bleu de méthylène) un colorant à base de thiazine, des inhibiteurs réversibles non sélectifs de la MAO moins bien connus] ou dans les deux semaines, au minimum, qui suivent la fin d'un traitement par un inhibiteur de la MAO. Le traitement par AURO-MIRTAZAPINE doit alors être entrepris avec prudence, et la dose augmentée graduellement jusqu'à l'obtention de la réponse optimale. Il ne

faut pas administrer d'inhibiteur de la MAO dans les deux semaines qui suivent la fin du traitement par AURO-MIRTAZAPINE.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Généralités

LIEN POSSIBLE AVEC LA MANIFESTATION DE MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT ET DE L'ÉMOTIVITÉ, Y COMPRIS L'AUTOMUTILATION

Chez l'enfant : données d'essais cliniques contrôlés par placebo

- **Des analyses récentes de bases de données d'essais cliniques contrôlés par placebo ayant porté sur l'innocuité des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et d'autres antidépresseurs plus récents donnent à penser que l'utilisation de ces médicaments – comparée à un placebo – chez des patients de moins de 18 ans peut être liée à des modifications du comportement et de l'émotivité, notamment à un risque accru d'idées et de comportements suicidaires.**
- **Les faibles effectifs des bases de données, de même que la variabilité des taux obtenus avec le placebo, ne permettent pas de tirer des conclusions fiables sur les profils d'innocuité relatifs de ces médicaments.**

Chez l'adulte et chez l'enfant : données supplémentaires

- **Il existe des essais cliniques et des rapports de pharmacovigilance sur les ISRS et les autres antidépresseurs plus récents, autant chez l'enfant que chez l'adulte, faisant état des manifestations indésirables graves typiques d'agitation couplées à de l'automutilation ou à un comportement néfaste envers les autres. Les manifestations indésirables d'agitation comprennent : acathisie, agitation, désinhibition, labilité émotionnelle, hostilité, agression et dépersonnalisation. Dans certains cas, elles se sont produites dans les quelques semaines suivant le début du traitement.**

Il est recommandé de surveiller étroitement les patients de tous âges, à la recherche d'idées suicidaires et d'autres indicateurs possibles d'un comportement suicidaire. Il faut notamment être à l'affût de toute modification comportementale et émotionnelle caractérisée par une agitation.

Symptômes de sevrage

On NE DOIT PAS interrompre brusquement le traitement des patients qui prennent AURO-MIRTAZAPINE à cause du risque de symptômes de sevrage. Au moment où le médecin décide d'interrompre la prise d'un ISRS ou d'un autre antidépresseur plus récent, il est recommandé de procéder à la réduction graduelle de la dose plutôt qu'à l'interruption brutale du traitement.

Lactose

Le lactose est l'un des ingrédients non médicinaux que renferment les comprimés AURO-MIRTAZAPINE. Par conséquent, les patients qui présentent les troubles héréditaires rares que sont l'intolérance au galactose ou le syndrome de malabsorption du glucose-galactose devraient s'abstenir de prendre des comprimés AURO-MIRTAZAPINE.

Agranulocytose

Lors des essais cliniques de précommercialisation, deux patients (dont AURO-MIRTAZAPINE l'un était atteint du syndrome de Gougerot-Sjögren) sur 2 796 traités par la mirtazapine en comprimé ainsi qu'un patient traité par l'imipramine ont présenté une agranulocytose. Dans ces trois cas, ce trouble a disparu après l'interruption du traitement. Au cours de la période suivant la commercialisation de la mirtazapine, de très rares cas d'agranulocytose – la plupart du temps réversible – ont été signalés, mais certains se sont révélés mortels. Presque tous les cas de mortalité concernaient des patients de plus de 65 ans, bien qu'un tel cas de mortalité soit survenu chez un patient plus jeune. On doit prévenir tous les patients qui prévoient être traités par la AURO-MIRTAZAPINE du risque de développer une agranulocytose, et les aviser de contacter leur médecin dès qu'un signe d'infection, tel que la fièvre, les frissons, un mal de gorge ou une ulcération des muqueuses, se manifeste. En cas de maux de gorge, de fièvre, de stomatite ou d'autres signes d'infection ainsi que d'une faible numération des globules blancs, il faut interrompre le traitement par les comprimés AURO-MIRTAZAPINE et surveiller le patient de près.

Arrêt du traitement par AURO-MIRTAZAPINE

Lors de l'arrêt du traitement, il faut surveiller les patients en raison des symptômes de sevrage éventuels, entre autres, étourdissements, rêves anormaux, perturbations sensorielles (y compris paresthésie et sensations de choc électrique), agitation, anxiété, fatigue, confusion, céphalées, tremblements, nausées, vomissements, transpiration ou d'autres symptômes qui pourraient être cliniquement significatifs (voir la section EFFETS INDÉSIRABLES). On recommande, si possible, de réduire la dose graduellement sur plusieurs semaines plutôt que de cesser brusquement la prise du médicament. Si des symptômes intolérables surviennent après une baisse de la dose ou l'arrêt du traitement, il faut rajuster le retrait graduel du médicament en fonction de la réponse clinique du patient (voir les sections EFFETS INDÉSIRABLES et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Les précautions supplémentaires qui s'imposent sont présentées ci-après.

Carcinogénèse et mutagenèse

Voir la section TOXICOLOGIE pour connaître les résultats des études réalisées auprès d'animaux.

Cardiovasculaire

Allongement de l'intervalle QT / torsade de pointes : Des cas d'allongement de l'intervalle QT, de torsade de pointes, de tachycardie ventriculaire, de fibrillation ventriculaire, d'arrêt cardiaque et de mort subite ont été rapportés après la commercialisation de mirtazapine. Dans la plupart des cas, les événements sont survenus après une surdose ou chez des patients présentant d'autres facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT, y compris l'administration concomitante de médicaments allongeant l'intervalle QTc (voir les sections INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, Interactions médicament-médicament et SURDOSAGE). Il faut user de prudence lorsqu'AURO-MIRTAZAPINE est prescrit à des patients atteints d'une maladie cardiovasculaire connue ou présentant des antécédents familiaux d'allongement de l'intervalle QT, et lorsqu'il est administré conjointement avec d'autres médicaments que l'on croit associés à un allongement de l'intervalle QTc. Les torsades de pointes peuvent être asymptomatiques ou être associées à des symptômes, comme des étourdissements, des palpitations, une syncope ou des

convulsions. Lorsqu'elles persistent, les torsades de pointes peuvent causer une fibrillation ventriculaire et une mort subite d'origine cardiaque.

L'effet de la mirtazapine sur l'intervalle QTc a été évalué dans le cadre d'une étude clinique contrôlée par placebo et par comparateur actif (moxifloxacine à 400 et à 800 mg) et menée avec répartition aléatoire auprès de 54 volontaires sains à l'aide d'une analyse du lien entre l'exposition et la réponse au médicament. Cette étude a permis de mettre en évidence que la mirtazapine, administrée à raison de 45 mg (dose thérapeutique) ou de 75 mg (dose supérieure à la dose thérapeutique), contrairement à la moxifloxacine, n'avait aucun effet cliniquement significatif sur l'intervalle QTc.

Étant donné que des cas de torsade de pointes, y compris une fibrillation ventriculaire et une mort subite, ont été rapportés après la commercialisation de la mirtazapine, il faut toutefois tenir compte du fait que, dans certaines situations, ces événements pourraient survenir pendant un traitement avec la mirtazapine.

Cholestérol et triglycérides : Des études américaines contrôlées et de courte durée ont révélé une hausse de la cholestérolémie, en l'absence de jeûne, à plus de 20 % au-dessus de la limite supérieure de la normale chez 15 % des patients traités par la mirtazapine, contre 7 % pour le placebo. Dans ces mêmes études, la triglycéridémie, en l'absence de jeûne, a atteint plus de 500 mg/dL chez 6 % des patients prenant de la mirtazapine, contre 3 % pour le placebo.

Maladies concomitantes

Administration à des patients atteints d'une maladie concomitante : L'expérience clinique est limitée quant à l'administration de mirtazapine à des patients atteints d'une maladie systémique concomitante. Par conséquent, il faut être prudent quand on prescrit d'AURO-MIRTAZAPINE à des patients atteints de maladies ou de troubles qui influent sur le métabolisme ou les réponses hémodynamiques.

Antécédents cardiovasculaires

La mirtazapine n'a pas encore été évaluée systématiquement ou utilisée assez abondamment chez des patients ayant des antécédents récents d'infarctus du myocarde ou d'autres affections cardiaques sérieuses. Lors des premiers essais de pharmacologie clinique, la mirtazapine a été associée à une hypotension orthostatique importante chez des volontaires en bonne santé. On a rarement signalé une hypotension orthostatique chez des patients souffrant de dépression. Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on utilise AURO-MIRTAZAPINE chez des patients atteints de maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires pouvant être aggravées par l'hypotension (antécédents d'infarctus du myocarde, angine ou accident ischémique cérébral) et de troubles prédisposant à l'hypotension (déshydratation, hypovolémie et traitement antihypertenseur).

Dépendance/tolérance

Dépendance physique et psychologique : La possibilité que la mirtazapine entraîne des abus, une tolérance ou une dépendance physique n'a pas été étudiée systématiquement, ni chez les animaux, ni chez les humains. Bien que les essais cliniques n'aient révélé aucune tendance à susciter des comportements de recherche de drogue, ces observations n'étaient pas systématiques et il est impossible de prédire, à partir de cette expérience restreinte, dans quelle mesure un médicament qui agit sur le SNC risque d'être mal utilisé ou de faire l'objet d'abus, une fois mis en marché. Pour cette raison, il faut soigneusement évaluer les patients pour dépister toute

toxicomanie et, le cas échéant, ces patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite quant à l'abus ou à la mauvaise utilisation d'AURO-MIRTAZAPINE (p. ex., l'apparition d'une tolérance, l'augmentation de la dose ou un comportement de recherche de drogue).

Endocrinien/métabolisme

Augmentation de l'appétit et gain pondéral : Des études contrôlées de courte durée menées aux É.-U. ont permis de constater que la prise de mirtazapine entraînait une augmentation de l'appétit chez 17 % des patients et un gain pondéral chez 12 %, contre 2 %, dans les deux cas, chez les patients ayant pris un placebo. Dans ces mêmes essais, un gain pondéral ≥ 7 % s'est produit chez 7,5 % des patients prenant de la mirtazapine, contre 0 % pour le placebo. Le gain pondéral moyen dans les essais contrôlés de longue durée aux É.-U. était d'environ 3,6 kilogrammes (8 lb) sur 28 semaines.

Diabète : On doit faire preuve de prudence chez les patients atteints de diabète sucré. Chez les diabétiques, les antidépresseurs peuvent affecter le contrôle glycémique. Il peut s'avérer nécessaire d'ajuster la posologie de l'insuline et (ou) de l'hypoglycémiant et la surveillance étroite du patient est recommandée.

Hyponatrémie : De très rares cas d'hyponatrémie ont été signalés avec l'emploi de la mirtazapine. On doit faire preuve de prudence chez les patients à risque, tels que les patients âgés ou les patients sous traitement concomitant par des médicaments reconnus pour provoquer une hyponatrémie.

Génito-urinaire

Bien que la mirtazapine ne présente qu'une très faible activité anticholinergique, on doit faire preuve de prudence chez les patients souffrant de troubles mictionnels comme l'hypertrophie de la prostate.

Hématologique

Se reporter à la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS-Généralités, Agranulocytose.

Hépatique/biliaire/pancréatique

Atteinte hépatique : La concentration plasmatique de la mirtazapine s'élève chez les patients atteints d'insuffisance hépatique modérée et grave (voir la section MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Populations particulières et états pathologiques). Chez de tels patients, une augmentation de la dose doit se faire sous étroite surveillance (voir la section POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Hausses des taux de transaminases : Dans des études américaines contrôlées et de courte durée, on a constaté des hausses importantes, sur le plan clinique, du taux d'ALT (SGPT) (3 fois la valeur normale) chez 2 % des patients traités par la mirtazapine et chez 0 % de ceux prenant le placebo. La plupart des patients n'ont pas manifesté de signes ou de symptômes associés à une fonction hépatique altérée. Alors que quelques patients ont dû abandonner le traitement en raison d'augmentations du taux d'ALT, d'autres l'ont poursuivi et leurs taux d'enzymes sont redevenus normaux durant le traitement. Il faut utiliser la mirtazapine avec prudence chez les patients dont la fonction hépatique est altérée (voir la section POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Ictère : Si un ictère apparaît, il convient de mettre fin au traitement.

Neurologique

Somnolence : Lors d'études américaines contrôlées et de courte durée, on a observé un effet de somnolence accompagnant la prise de mirtazapine en comprimé chez 54 % des patients, contre 18 % pour le placebo. Dans ces études, la somnolence a entraîné l'abandon du traitement chez 10 % des patients recevant AURO-MIRTAZAPINE, contre 2 % pour ceux du groupe placebo. La mirtazapine peut altérer les fonctions mentales ou motrices en raison de cet effet sédatif marqué. Il faut donc conseiller aux patients d'éviter les activités dangereuses, telles que la conduite automobile ou l'utilisation de machines dangereuses, jusqu'à ce qu'ils soient raisonnablement sûrs qu'AURO-MIRTAZAPINE ne nuit pas à leur capacité de se livrer à ces activités sans danger.

Acathisie/instabilité psychomotrice

L'emploi d'antidépresseurs a été associé au développement d'une acathisie, caractérisée par une instabilité psychomotrice subjectivement déplaisante ou dérangement et un besoin de bouger, souvent accompagné d'une incapacité à rester en place, ni assis ni debout. Cet effet se manifeste généralement au cours des premières semaines de traitement. Il peut s'avérer néfaste d'augmenter la dose chez des patients présentant ces symptômes.

Étourdissements : Dans des études américaines contrôlées et de courte durée, des étourdissements ont été liés à la prise de mirtazapine chez 7 % des patients, contre 3 % pour le placebo.

Activation d'une manie ou d'une hypomanie : Dans toutes les études, contrôlées ou non, menées aux É.-U., des accès maniaques ou hypomaniaques se sont produits chez environ 0,2 % (3/1 299) des patients traités par la mirtazapine. Bien que la fréquence de tels accès ait été très faible durant le traitement par la mirtazapine, il faut faire preuve de prudence pour les patients ayant des antécédents de manie ou d'hypomanie.

Crises convulsives : Lors des essais cliniques de précommercialisation, une seule crise convulsive a été signalée parmi les 2 796 patients américains et non américains traités par la mirtazapine. Cependant, aucune étude contrôlée n'a été menée chez des patients ayant des antécédents de crises convulsives. Pour cette raison, il faut utiliser AURO-MIRTAZAPINE avec prudence chez des patients ayant de tels antécédents.

Toxicité sérotoninergique/Syndrome neuroleptique malin : Des événements ressemblant à un syndrome sérotoninergique ou à un syndrome neuroleptique malin sont survenus, à de rares occasions, en association avec le traitement par la mirtazapine, particulièrement lorsque la mirtazapine est administrée en concomitance avec d'autres agents sérotoninergiques et (ou) neuroleptiques/antipsychotiques (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).

La toxicité sérotoninergique, aussi appelée syndrome sérotoninergique, est un état pouvant mettre la vie des patients en danger qui se caractérise par une excitabilité neuromusculaire, une stimulation du système nerveux autonome (p. ex., tachycardie, bouffées vasomotrices) et une altération de l'état mental (p. ex., anxiété, agitation, hypomanie). Conformément aux critères de Hunter, le diagnostic de toxicité sérotoninergique est probable lorsque, en présence d'au moins un agent sérotoninergique, l'un des symptômes suivants est observé :

- Clonus spontané

- Clonus inductible ou oculaire accompagné d'agitation ou de diaphorèse
- Tremblements et hyperréflexie
- Hypertonie, température corporelle supérieurs à 38 °C et clonus oculaire ou inductible

Les manifestations cliniques du syndrome neuroleptique malin coïncident souvent avec celles de la toxicité sérotoninergique, et comprennent l'hyperthermie, l'hypertonie, l'altération de l'état mental et l'instabilité du système nerveux autonome. Contrairement aux patients affectés par une toxicité sérotoninergique, les patients atteints d'un syndrome neuroleptique malin peuvent présenter une rigidité musculaire dite « en tuyau de plomb » ainsi qu'une hyporéflexie.

En raison du risque d'apparition de toxicité sérotoninergique ou de syndrome neuroleptique malin, il ne faut pas administrer AURO-MIRTAZAPINE en concomitance avec un inhibiteur de la MAO (incluant le linézolide, un antibiotique, et le chlorure de méthylthionium [bleu de méthylène], une thiazine [colorant], qui sont des exemples d'inhibiteurs de la MAO moins connus) ou un précurseur de la sérotonine (tels que le L-tryptophane et l'oxitriptan) et il faut l'utiliser avec prudence chez les patients qui prennent d'autres médicaments sérotoninergiques (triptans, lithium, tramadol, millepertuis et la plupart des antidépresseurs tricycliques) ou des neuroleptiques/antipsychotiques (voir les sections CONTRE-INDICATIONS et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).

Lorsque l'administration d'AURO-MIRTAZAPINE en concomitance avec d'autres agents sérotoninergiques et/ou des neuroleptiques/antipsychotiques est justifiée sur le plan clinique, il est conseillé d'observer attentivement l'état du patient, en particulier au début du traitement et lors des augmentations de la dose (voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES). La toxicité sérotoninergique et le syndrome neuroleptique malin peuvent entraîner des états pouvant mettre la vie des patients en danger. Si l'on soupçonne la présence d'une toxicité sérotoninergique ou d'un syndrome neuroleptique malin, il faut envisager l'arrêt du traitement par AURO-MIRTAZAPINE.

Yeux

La prudence s'impose pour le traitement des patients atteints de glaucome aigu à angle étroit et présentant une pression intraoculaire élevée.

Fonctions psychiques

Suicide : La dépression est associée à un risque accru d'idéation suicidaire, d'automutilation et de suicide (événements liés au suicide). Ce risque persiste jusqu'à ce que la rémission soit bien entamée. À l'instar de tout patient traité par des antidépresseurs, les patients à haut risque devraient être sous étroite surveillance pendant la période initiale du traitement médicamenteux. Puisque les bienfaits peuvent prendre quelques semaines, voire plus, avant d'être ressentis, les patients doivent être étroitement surveillés jusqu'à ce qu'une amélioration survienne. L'expérience clinique générale démontre que le risque de suicide peut augmenter au cours des premières étapes du rétablissement. Les patients avec des antécédents d'événements liés au suicide, ou ceux qui présentent un degré significatif d'idéation suicidaire avant d'entreprendre le traitement, courent un risque accru d'avoir des idées suicidaires ou d'attenter à leur vie et devraient être sous étroite surveillance pendant le traitement.

En outre, selon une méta-analyse d'essais cliniques contrôlés par placebo portant sur l'administration d'antidépresseurs à des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques menée par la FDA, chez les patients de moins de 25 ans traités par des antidépresseurs par comparaison au placebo, il y a un risque accru de comportement suicidaire.

Il faut prescrire de très petites quantités d'AURO-MIRTAZAPINE, conformément aux pratiques établies, de façon à réduire le risque de surdosage (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Généralités – Lien possible avec la manifestation de modifications du comportement et de l'émotivité, y compris l'automutilation).

Rénal

Insuffisance rénale et hépatique : Des hausses des concentrations plasmatiques de la mirtazapine se produisent chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée et grave et, dans une moindre mesure, dans les cas d'insuffisance hépatique (voir la section MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Populations particulières et états pathologiques). Chez de tels patients, une augmentation de la dose doit se faire sous étroite surveillance (voir la section POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Populations particulières

Femmes enceintes : L'innocuité de la mirtazapine pendant la grossesse n'a pas été démontrée. Il ne faut donc pas l'administrer à des femmes en âge de procréer ou qui allaitent, à moins que, de l'avis du médecin traitant, les avantages attendus pour la patiente ne dépassent les risques possibles courus par l'enfant ou le fœtus.

Complications des suites d'une exposition aux antidépresseurs plus récents au cours du troisième trimestre :

Les rapports de pharmacovigilance indiquent que certains nouveau-nés exposés vers la fin du troisième trimestre à un ISRS (inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine) ou à d'autres antidépresseurs plus récents, comme la mirtazapine, ont connu des complications nécessitant une hospitalisation prolongée, une aide respiratoire et une alimentation par intubation. Ces complications peuvent se produire immédiatement après l'accouchement. Les observations cliniques signalées comprenaient : détresse respiratoire, cyanose, apnée, crises convulsives, température instable, difficultés à s'alimenter, vomissements, hypoglycémie, hypotonie, hypertonie, hyperréflexie, tremblements, bougeotte, irritabilité et pleurs constants. La fréquence des symptômes peut varier d'un médicament à l'autre. Ces caractéristiques correspondent soit à un effet toxique direct des ISRS et autres antidépresseurs plus récents, soit – possiblement – à une réaction de sevrage. Il est à noter que, dans certains cas, le portrait clinique correspond à une toxicité sérotoninergique (voir la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Neurologique – Toxicité sérotoninergique/Syndrome neuroleptique malin). Le médecin traitant une femme enceinte par AURO-MIRTAZAPINE pendant le troisième trimestre doit considérer attentivement les risques et les avantages possibles de ce traitement (voir la section POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Aucune femme enceinte n'a été exposée au médicament durant les essais cliniques réalisés.

Allaitement : L'innocuité de la mirtazapine, pendant l'allaitement, n'a pas été établie. Les données provenant d'études réalisées chez les animaux et le peu de données disponibles provenant d'études chez les humains font état de faibles concentrations de mirtazapine détectées dans le lait maternel. On devra décider si on poursuit/abandonne le traitement par AURO-MIRTAZAPINE, ou si on poursuit/abandonne l'allaitement, en tenant compte des bienfaits pour la mère et des dangers possibles pour le nourrisson.

Enfants (< 18 ans) : L'innocuité et l'efficacité de la mirtazapine n'ont pas été établies chez les enfants de moins de 18 ans. AURO-MIRTAZAPINE n'est pas indiquée chez les patients de moins de 18 ans (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Généralités, Lien possible avec la manifestation de modifications du comportement et de l'émotivité, y compris l'automutilation; voir également EFFETS INDÉSIRABLES – Enfants, POSOLOGIE ET ADMINISTRATION et MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Populations particulières et états pathologiques/Enfants).

Les données sur l'innocuité de l'administration à long terme aux enfants et adolescents en ce qui concerne la croissance, la maturation et le développement cognitif et comportemental sont très limitées, voire inexistantes.

Personnes âgées (> 65 ans) : Des études de pharmacocinétique ont révélé une clairance réduite chez les personnes âgées, surtout chez les femmes. Les patients âgés pourraient être plus vulnérables aux effets indésirables tels que la somnolence, les étourdissements ou la confusion mentale. On doit agir avec prudence en matière de posologie et d'ajustement croissant de la dose (voir les sections MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, POSOLOGIE ET ADMINISTRATION et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Neurologique – Somnolence).

EFFETS INDÉSIRABLES

Aperçu des effets indésirables du médicament

Événements indésirables conduisant à l'arrêt du traitement

Dans des études américaines contrôlées et de courte durée, 16 % des patients qui ont reçu de la mirtazapine en comprimé ont interrompu le traitement en raison d'un événement indésirable, contre 7 % pour le placebo. L'événement indésirable responsable de plus de 5 % des abandons du traitement par la mirtazapine était la somnolence (10 %).

Événements indésirables fréquemment observés aux É.-U. lors d'essais cliniques contrôlés de courte durée : Les événements indésirables observés le plus souvent en rapport avec le traitement par la mirtazapine (chez 5 % ou plus des sujets traités par la mirtazapine et au moins deux fois plus fréquents que chez les sujets prenant un placebo) ont été la somnolence (54 % c. à 18 %), l'augmentation de l'appétit (17 % c. à 2 %), le gain pondéral (12 % c. à 2 %) et les étourdissements (7 % c. à 3 %).

Effets indésirables du médicament observés au cours des essais cliniques

Puisque les essais cliniques sont menés dans des conditions très particulières, les taux des effets indésirables au médicament qui y 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 au médicament qui sont tirés d'essais cliniques s'avèrent utiles pour identifier les événements indésirables liés aux médicaments et en estimer la fréquence.

Événements indésirables survenus chez 1 % ou plus des patients traités par la mirtazapine : Le tableau ci-après présente les événements indésirables qui se sont produits chez 1 % ou plus des patients traités par la mirtazapine (et plus souvent que chez les patients recevant

un placebo) ayant participé à des essais américains de courte durée et contrôlés contre placebo, où la dose quotidienne allait de 5 à 60 mg. Les chercheurs ont signalé ces événements indésirables cliniques avec leurs propres termes. Ces événements indésirables ont ensuite été classés en fonction de la terminologie COSTART.

En prescrivant ce médicament, le médecin doit savoir que ces chiffres ne peuvent pas être utilisés pour prévoir l'incidence des effets secondaires dans la pratique courante alors que les caractéristiques des patients et divers facteurs diffèrent de ceux qui étaient présents lors des essais cliniques. De façon analogue, les fréquences citées ne peuvent pas se comparer aux chiffres obtenus dans les autres recherches comportant différents traitements, différentes utilisations et différents chercheurs. Les chiffres cités donnent toutefois au médecin quelques indications lui permettant d'évaluer approximativement le rôle relatif des facteurs liés aux médicaments ou d'autres facteurs non médicamenteux contribuant au taux d'incidence des effets secondaires dans la population étudiée.

TABLEAU 1 : Incidence des réactions cliniques indésirables (≥ 1 % pour la mirtazapine) dans des Études Américaines de courte durée et contrôlées contre placebo^{1,2,3}

| Effets indésirables selon le système physiologique | Mirtazapine N = 453 | Placebo N = 361 |
|--|------------------------|--------------------|
| Ensemble de l'organisme | | |
| Asthénie | 34 (8 %) | 17 (5 %) |
| Syndrome de la grippe | 22 (5 %) | 9 (3 %) |
| Douleurs dorsales | 9 (2 %) | 3 (1 %) |
| Métabolisme et nutrition | | |
| Gain pondéral | 54 (12 %) | 6 (2 %) |
| Œdème périphérique | 11 (2 %) | 4 (1 %) |
| Œdème | 6 (1 %) | 1 (0 %) |
| Système musculosquelettique | | |
| Myalgie | 9 (2 %) | 3 (1 %) |
| Système nerveux | | |
| Somnolence | 243 (54 %) | 65 (18 %) |
| Étourdissements | 33 (7 %) | 12 (3 %) |
| Rêves anormaux | 19 (4 %) | 5 (1 %) |
| Pensée anormale | 15 (3 %) | 4 (1 %) |
| Tremblements | 7 (2 %) | 2 (1 %) |
| Confusion | 9 (2 %) | 1 (0 %) |
| Système respiratoire | | |
| Dyspnée | 5 (1 %) | 1 (0 %) |
| Système uro-génital | | |
| Fréquence urinaire | 8 (2 %) | 5 (1 %) |

N = nombre de patients

1. Pourcentages arrondis au nombre entier le plus près.
2. Effets dont l'incidence était plus élevée pour le placebo que pour la mirtazapine : infections, douleurs, céphalées, nausée, diarrhée et insomnie.
3. Effets dont l'incidence était comparable pour la mirtazapine et pour le placebo : douleurs thoraciques, palpitations, tachycardie, hypotension posturale, dyspepsie, flatulences, baisse de la libido, hypertension, nervosité, rhinite, pharyngite, transpiration, amblyopie, acouphène et altération du goût.

On a constaté une adaptation à certains effets indésirables au cours de la thérapie (p. ex. augmentation de l'appétit, étourdissements et somnolence.)

Modification de l'ECG : Les électrocardiogrammes de 338 patients traités par la mirtazapine et de 261 patients ayant reçu un placebo dans des essais américains contrôlés de courte durée ont été analysés, et la méthode de Fridericia a été utilisée pour le calcul du QTc. On n'a pas constaté d'allongement du QTc ≥ 500 ms chez les patients traités par la mirtazapine. La variation moyenne du QTc était de + 1,6 ms pour la mirtazapine et de -3,1 ms pour le placebo. On a associé la mirtazapine à une augmentation moyenne de la fréquence cardiaque de 3,4 battements/minute contre 0,8 battement/minute pour le placebo. On ne connaît pas l'importance clinique de ces changements.

Effets indésirables peu courants du médicament, observés au cours des essais cliniques (<1%)

Lors d'essais cliniques, contrôlés ou non, menés à l'échelle mondiale, on a administré de la mirtazapine à 2 796 patients. La liste des réactions qui suit comprend celles qui, d'après le chercheur, étaient des effets cliniques indésirables. Les chercheurs ont employé les termes de leur choix pour les décrire. C'est pourquoi il n'est pas possible d'évaluer avec précision la proportion des patients qui ont connu certains événements indésirables sans d'abord les regrouper pour avoir un plus petit nombre de catégories normalisées. Il est important de souligner que, bien que ces réactions se soient produites pendant le traitement par la mirtazapine, elles ne sont pas nécessairement liées au médicament. Après la liste des réactions indésirables, l'incidence des résultats anormaux d'analyses de laboratoire cliniquement significatifs obtenus pour ≥ 1 % des patients est présentée.

La liste qui suit présente les événements indésirables observés par les chercheurs et renommés selon la terminologie COSTART. Ces effets sont groupés par catégories selon le système physiologique dont ils relèvent et sont présentés par ordre décroissant de fréquence selon les définitions suivantes : les événements indésirables **fréquents** sont ceux qui se sont produits une fois ou plus chez au moins 1 patient sur 100; les événements **peu fréquents** sont ceux qui se sont produits chez 1/100 à 1/1 000 patients; les événements **rares** sont ceux qui se sont produits chez moins de 1/1 000 patients. Seuls les événements indésirables qui ne figurent pas au tableau 1 font partie de cette liste. Les événements indésirables ayant une importance clinique majeure sont décrits dans la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS.

Ensemble du corps : fréquents : malaise, douleurs abdominales, syndrome abdominal aigu; **peu fréquents :** frissons, fièvre, œdème facial, ulcères, réaction de photosensibilité, raideur de la nuque, douleurs de la nuque, abdomen distendu; **rares :** cellulite, douleurs thoraciques infrasternales.

Système cardiovasculaire : fréquents : hypertension, vasodilatation; **peu fréquents :** angine de poitrine, infarctus du myocarde, bradycardie, extrasystoles ventriculaires, syncope, migraine, hypotension; **rares :** arythmie auriculaire, bigéminisme, céphalée vasculaire, embolie pulmonaire, ischémie cérébrale, cardiomégalie, phlébite, insuffisance ventriculaire gauche.

Système digestif : fréquents : vomissements, anorexie; **peu fréquents :** éructation, glossite, cholécystite, nausées et vomissements, hémorragie gingivale, stomatite, colite, résultats anormaux aux tests de la fonction hépatique; **rares :** décoloration de la langue, stomatite ulcéreuse, hypertrophie des glandes salivaires, salivation accrue, occlusion intestinale, pancréatite, stomatite aphteuse, cirrhose du foie, gastrite, gastro-entérite, muguet, œdème de la langue.

Système endocrinien : rares : goitre, hypothyroïdie.

Système sanguin et lymphatique : rares : lymphadénopathie, leucopénie, pétéchies, anémie, thrombocytopénie, lymphocytose, pancytopénie.

Métabolisme et nutrition : fréquent : soif; **peu fréquents :** déshydratation, perte de poids; **rares :** goutte, augmentation du taux de SGOT, cicatrisation anormale, augmentation du taux de phosphatase acide, augmentation du taux de SGPT, diabète sucré.

Système musculosquelettique : fréquents : myasthénie, arthralgie; **peu fréquents :** arthrite, ténosynovite; **rares :** fracture pathologique, fracture ostéoporotique, douleurs aux os, myosite, rupture de tendon, arthrose, bursite.

Système nerveux : fréquents : hypoesthésie, apathie, dépression, hypokinésie, vertige, secousses musculaires, agitation, anxiété, amnésie, hyperkinésie, paresthésie; **peu fréquents :** agressivité, ataxie, délire, illusions, dépersonnalisation, dyskinésie, syndrome extrapyramidal, augmentation de la libido, coordination anormale, dysarthrie, hallucinations, réactions maniaques, névrose, dystonie, hostilité, amélioration des réflexes, labilité émotionnelle, euphorie, réactions paranoïaques; **rares :** aphasie, nystagmus, akathisie, stupeur, démence, diplopie, toxicomanie, paralysie, convulsion de type grand mal, hypotonie, myoclonie, dépression psychotique, syndrome de sevrage.

Système respiratoire : fréquents : toux plus fréquente, sinusite; **peu fréquents :** épistaxis, bronchite, asthme, pneumonie; **rares :** asphyxie, laryngite, pneumothorax, hoquet.

Peau et annexes cutanées : fréquents : prurit, éruption cutanée; **peu fréquents :** acné, dermatite exfoliative, peau sèche, herpès, alopecie; **rares :** urticaire, zona, hypertrophie cutanée, séborrhée, ulcère de la peau.

Organes sensoriels : peu fréquents : douleurs aux yeux, accommodation anormale, conjonctivite, surdité, kératoconjonctivite, sécrétion anormale de larmes, glaucome, hyperacousie, otalgie; **rares :** blépharite, surdité transitoire partielle, otite moyenne, agueusie, parosmie.

Système uro-génital : fréquent : infections urinaires; **peu fréquents :** calculs rénaux, cystite, dysurie, incontinence urinaire, rétention urinaire, vaginite, hématurie, douleurs mammaires, aménorrhée, dysménorrhée, leucorrhée, impuissance; **rares :** polyurie, urétrite, métrorragie, ménorragie, éjaculation anormale, engorgement mammaire, gonflement des seins, miction impérieuse.

Enfants

Les effets indésirables suivants ont été observés fréquemment au cours d'études cliniques chez les enfants : un gain de poids significatif ($\geq 7\%$) a été observé chez 48,8 % des sujets traités au moyen de mirtazapine comparativement à 5,7 % dans le groupe placebo; de l'urticaire (11,8 % vs 6,8 %) et de l'hypertriglycéridémie (2,9 % vs 0 %) ont aussi été observés fréquemment (voir aussi MODE

D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Populations et situations particulières – Enfants).

Anomalies dans les résultats hématologiques et biologiques

Anomalies des constantes biologiques : L'élévation des taux de cholestérol, de glucose sérique et de triglycérides a été observée le plus souvent parmi les anomalies des constantes biologiques relevées lors des études américaines.

Les échantillons plasmatiques ont été prélevés chez des patients qui n'avaient pas jeûné; or, ces paramètres sont modifiés par l'apport alimentaire. Les patients traités par la mirtazapine avaient plus d'appétit et ont pris du poids, donc étaient plus susceptibles d'avoir consommé davantage d'aliments. L'augmentation de l'apport alimentaire pourrait expliquer la hausse des taux de triglycérides et de cholestérol. De plus, les données sur le rapport LDL/HDL, obtenues auprès d'un petit nombre de patients, portent à croire que la mirtazapine n'influe pas sur le métabolisme des matières grasses; ainsi, la hausse des taux de triglycérides et de cholestérol refléterait l'augmentation de l'apport alimentaire.

De légers changements de la fonction hépatique se manifestent par des hausses des taux d'enzymes hépatiques. Ces changements sont toutefois temporaires et légers et ne devraient pas influencer négativement sur la fonction hépatique. Les taux d'abandons précoces du traitement en raison d'anomalies des concentrations d'enzymes hépatiques ont été de 1,7 % pour la mirtazapine et de 1,1 % pour le placebo.

L'incidence de neutropénies dans toutes les études cliniques sur la mirtazapine était de 1,5 %. La majorité des cas de neutropénie observés étaient légers, isolés et non progressifs (voir la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

Effets indésirables du médicament signalés après la commercialisation du produit

Effets indésirables signalés après la commercialisation de la mirtazapine

Événements indésirables ayant un lien temporel (mais pas nécessairement causal) avec le traitement par la mirtazapine ont été signalés depuis sa mise en marché, et qui n'ont pas été signalés dans le cadre des essais cliniques.

Les événements indésirables sont énumérés ci-dessous, par système physiologique.

Troubles du système sanguin et du système lymphatique hypoplasie de la moelle osseuse (granulocytopénie, granulocytopenie, anémie aplasique) (voir aussi MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Agranulocytose), éosinophilie.

Troubles endocriniens : hyperprolactinémie (et symptômes qui y sont liés, comme la galactorrhée ou la gynécomastie)

Troubles du métabolisme et nutritionnels : hyponatrémie

Troubles psychiques : insomnie, cauchemars, instabilité psychomotrice, idéation suicidaire, comportement suicidaire, somnambulisme.

Troubles du système nerveux : céphalée, paresthésie orale, toxicité de la sérotonine, syndrome des jambes sans repos, syncope, léthargie, sédation.

Investigations : allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiographie, hausse des taux de créatine kinase.

Troubles cardiaques : arrêt cardiaque, syndrome du long QT, torsade de pointes (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Prolongation QT / Torsade de pointes), mort subite, arythmie ventriculaire (torsade de pointes), fibrillation ventriculaire, tachycardie ventriculaire.

Troubles vasculaires : hypotension orthostatique.

Troubles gastro-intestinaux : diarrhée, œdème buccal, hypoesthésie orale.

Troubles cutanés et des tissus sous-cutanés : syndrome de Stevens-Johnson, dermatite bulleuse, érythème polymorphe, nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell).

Troubles musculosquelettiques et des tissus conjonctifs : rhabdomyolyse.

Troubles des organes de reproduction et du sein : priapisme

Troubles d'ordre général et affections liées au site d'administration: Œdème local et généralisé, fatigue.

Réactions indésirables suivant l'arrêt du traitement (ou la réduction de la dose)

Des manifestations indésirables ont été signalées lors de l'arrêt du traitement par la mirtazapine (particulièrement dans les cas de cessation brusque du traitement), notamment : étourdissements, rêves anormaux, perturbations sensorielles (y compris paresthésie et sensations de choc électrique), agitation, anxiété, fatigue, confusion, céphalées, tremblements, nausées, vomissements, transpiration ou d'autres symptômes qui pourraient être cliniquement significatifs (voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Il faut surveiller l'apparition des symptômes décrits ci-dessus ou de tout autre symptôme. On recommande, si possible, de réduire la dose graduellement sur plusieurs semaines plutôt que de cesser brusquement la prise du médicament. Si des symptômes intolérables surviennent après une baisse de la dose ou l'arrêt du traitement, il faut rajuster le retrait graduel du médicament en fonction de la réponse clinique du patient. En général, ces manifestations sont spontanément résolutive. Les symptômes associés à l'arrêt du traitement ont également été signalés avec d'autres antidépresseurs comportant des effets sérotoninergiques (voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Interactions médicamenteuses graves

- **Inhibiteurs de la monoamine oxydase : voir la section CONTRE-INDICATIONS**

Aperçu

Quel que soit le médicament, il existe un risque d'interaction par divers mécanismes (ex. : pharmacodynamique, inhibition ou synergie pharmacocinétique) (voir la section MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE).

La biotransformation et les paramètres pharmacocinétiques de la mirtazapine peuvent être modifiés par l'induction ou l'inhibition des enzymes qui métabolisent les médicaments.

La mirtazapine est métabolisée en grande partie par les isoenzymes CYP2D6 et CYP3A4, et dans une moindre mesure, par le CYP1A2.

Interactions médicament-médicament

Inhibiteurs de la monoamine oxydase : L'utilisation concomitante d'AURO-MIRTAZAPINE et d'un inhibiteur de la monoamine oxydase [**incluant le linézolide, un antibiotique, ainsi que le chlorure de méthylthioninium (bleu de méthylène) un colorant à base de thiazine, des inhibiteurs réversibles non sélectifs de la MAO moins bien connus**] est contre-indiquée en raison de réactions potentiellement graves ayant des caractéristiques semblables à une toxicité sérotoninergique ou au syndrome neuroleptique malin (voir les sections CONTRE-INDICATIONS et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Neurologique – Toxicité sérotoninergique/Syndrome neuroleptique malin).

Médicaments connus pour entraîner un allongement de l'intervalle QT : L'administration concomitante de médicaments qui allongent l'intervalle QTc (p. ex., certains antipsychotiques et antibiotiques) et une surdose de mirtazapine peuvent accroître le risque d'allongement de l'intervalle QT et d'arythmie ventriculaire (p. ex., torsades de pointes).

Diazépam : Il a été démontré que l'amointrissement des capacités motrices produit par la mirtazapine s'ajoute à celui qu'entraîne le diazépam. Pour cette raison, il faut conseiller aux patients d'éviter de prendre le diazépam ou d'autres médicaments semblables en même temps qu'AURO-MIRTAZAPINE.

Inducteurs des isoenzymes du cytochrome P450

Inducteurs du CYP3A4 (aux fins de ces études, les deux médicaments ont été utilisés à l'état d'équilibre)

- **Phénytoïne :** Chez des hommes en bonne santé (n = 18), la phénytoïne (à 200 mg par jour) a entraîné une hausse de la clairance de la mirtazapine (à 30 mg par jour), ce qui a réduit de moitié la concentration plasmatique de mirtazapine. En revanche, celle-ci n'a pas modifié notablement les paramètres pharmacocinétiques de la phénytoïne. Lors de

l'utilisation concomitante des deux agents, 3 patients sur 19 ont éprouvé de la fatigue, et 1 sur 19 a vu apparaître une éruption cutanée (à noter : aucun patient n'avait présenté de fatigue ou d'éruption cutanée lorsque les agents étaient employés seuls). L'éruption cutanée était si intense qu'on a dû retirer le patient de l'étude.

- **Carbamazépine** : Chez des hommes en bonne santé (n = 24), la carbamazépine (à 400 mg 2 f.p.j.) a fait augmenter la clairance de la mirtazapine (à 15 mg 2 f.p.j.), ce qui a réduit de moitié la concentration plasmatique de mirtazapine.

Lorsqu'on ajoute de la phénytoïne, de la carbamazépine ou un autre inducteur du métabolisme hépatique (comme la rifampicine) à la mirtazapine, il pourrait se révéler nécessaire d'augmenter la dose de mirtazapine. Par contre, lorsqu'on cesse d'administrer ces agents, il convient de réduire la dose de mirtazapine.

Inhibiteurs des isoenzymes du cytochrome P450

Cimétidine : Chez des hommes en bonne santé (n = 12), lorsque la cimétidine (à 800 mg 2 f.p.j.) a été administrée à l'état d'équilibre avec de la mirtazapine (à 30 mg par jour) également à l'état d'équilibre, l'aire sous la courbe (ASC) de la mirtazapine a augmenté de quelque 60 %. Par ailleurs, la mirtazapine n'a pas modifié de manière significative les paramètres pharmacocinétiques de la cimétidine. Les effets secondaires observés durant l'utilisation concomitante comprenaient la somnolence (10 patients sur 12 [1 cas d'intensité modérée], comparativement à 7 patients sur 12 lorsque la mirtazapine était administrée seule et à aucun patient lorsque la cimétidine était administrée seule), l'arythmie (2 patients sur 12, comparativement à aucun cas avec la mirtazapine ou la cimétidine seules). Il sera peut-être nécessaire de réduire la dose de mirtazapine au moment de l'instauration d'un traitement concomitant à la cimétidine, ou l'accroître à la fin du traitement à la cimétidine.

Kétoconazole : Chez des hommes en bonne santé de race blanche (n = 24), l'administration concomitante de mirtazapine et de kétoconazole – puissant inhibiteur du CYP3A4 – (à 200 mg 2 f.p.j. pendant 6,5 jours) a entraîné une hausse du pic plasmatique et de l'ASC associés à une dose unique de 30 mg de mirtazapine d'environ 40 % et 50 %, respectivement. Durant l'utilisation concomitante, 2 événements indésirables graves ont été signalés : un patient a subi un collapsus circulatoire, et un autre, une syncope. Les deux patients ont connu une brève perte de conscience. Il faut donc faire preuve de prudence lors de l'administration concomitante de mirtazapine et de puissants inhibiteurs du CYP3A4, d'inhibiteurs des protéases du VIH, d'antifongiques azolés, d'érythromycine ou de néfazodone.

Paroxétine : Au cours d'une étude portant sur les interactions *in vivo* réalisée chez des métaboliseurs en bonne santé ayant une forte activité métabolique CYP2D6 (n = 24), on a constaté que la mirtazapine (à 30 mg/jour), après atteinte de l'état d'équilibre, ne modifiait pas considérablement les paramètres pharmacocinétiques de la paroxétine (à 40 mg/jour) – inhibiteur du CYP2D6 – à l'état d'équilibre. Cependant, les concentrations plasmatiques de la mirtazapine et de son métabolite déméthylé ont légèrement augmenté (d'environ 18 % et 25 %, respectivement) lorsque l'agent était associé à de la paroxétine. Cette différence semble dénuée de pertinence clinique. Au cours de l'utilisation concomitante, on a observé, parmi les effets secondaires, un exanthème (1 patient sur 24) qui a nécessité le retrait de l'étude. Des hausses des taux d'AST et d'ALT ont été signalées; elles semblaient plus marquées chez les hommes vu la présence de plusieurs résultats hors-norme dans ce groupe (dans un cas, le patient a dû être retiré

de l'étude parce que ses taux d'AST – au quadruple environ de la limite supérieure de la normale – et d'ALT – au double environ de la limite supérieure de la normale – étaient trop élevés; chez ce patient, on a également noté des taux élevés de leucocytes et de neutrophiles de même qu'une diminution des taux de lymphocytes et de basophiles). Les taux d'AST et d'ALT ont repris des valeurs normales à la fin du traitement. La prudence s'impose donc lors de l'administration concomitante de paroxétine et de mirtazapine.

Autres interactions médicament-médicament

Amitriptyline : Chez des patients en bonne santé, grands métaboliseurs de CYP2D6 (n = 32), l'amitriptyline (à 75 mg/jour), à l'état d'équilibre, n'a pas modifié considérablement les paramètres pharmacocinétiques de la mirtazapine à l'état d'équilibre (30 mg/jour), pas plus que ne l'a fait la mirtazapine pour les paramètres pharmacocinétiques de l'amitriptyline. Au cours de l'utilisation concomitante, on a noté les événements indésirables suivants à une fréquence supérieure à celle associée aux deux agents employés seuls : hypotension posturale, difficulté de concentration (fréquence environ 5 fois plus élevée), nausée (fréquence au-delà de 4 fois plus élevée) et étourdissements (fréquence environ 2 fois plus élevée). Un métaboliseur lent de CYP2D6 a connu un événement indésirable grave après avoir pris de l'amitriptyline et de la mirtazapine. Il s'est plaint de malaises abdominaux accompagnés d'étourdissements et de nausée, le tout suivi d'une perte de conscience de 30 secondes environ. Outre un léger tremblement (évoquant des contractions myocloniques), on n'a relevé aucune autre anomalie. On recommande donc d'administrer l'amitriptyline et la mirtazapine en concomitance avec prudence.

Warfarine : Chez des hommes en bonne santé (n = 16), la mirtazapine (à 30 mg/jour) à l'état d'équilibre a donné lieu à une hausse légère mais statistiquement significative (0,2) du ratio normalisé international (RNI) chez des sujets traités à la warfarine pour atteindre des taux sous-thérapeutiques d'activité prothrombine (RNI entre 1,5 et 2,0) à l'état d'équilibre. Puisqu'on ne peut exclure que l'effet serait plus prononcé pour une dose plus élevée de mirtazapine, et il est conseillé de surveiller le RNI pendant un traitement par la warfarine et la mirtazapine.

Lithium : Ni effet clinique pertinent ni modification notable des paramètres pharmacocinétiques n'ont été observés chez des hommes en bonne santé soumis à un traitement concomitant au lithium à des niveaux sous-thérapeutiques (600 mg/jour pendant 10 jours) à l'état d'équilibre et à la mirtazapine (dose unique de 30 mg). Le taux sérique de lithium était d'environ 0,3 mmol/L 10 heures après l'administration. On ignore les effets de doses plus élevées de lithium sur les paramètres pharmacocinétiques de la mirtazapine.

Risperidone : Lors d'une étude sans répartition aléatoire sur les interactions *in vivo* auprès de patients (n = 6) devant recevoir un antipsychotique et un antidépresseur, la caractérisation de l'effet de la mirtazapine (à 30 mg par jour) à l'état d'équilibre sur les paramètres pharmacocinétiques de la rispéridone (jusqu'à 3 mg 2 f.p.j.) à l'état d'équilibre est peu concluante, vu les différences interindividuelles notables et le faible nombre de patients. La méthodologie utilisée ne permet pas de tirer de conclusions quant à l'innocuité de l'utilisation concomitante de mirtazapine et de rispéridone. Cependant, une étude de cas d'un patient de sexe masculin qui a reçu un traitement associant la mirtazapine (60 mg par jour) et la rispéridone (3 mg par jour) montre que, six semaines après le début de ce traitement d'association, le patient a présenté une embolie pulmonaire et une rhabdomyolyse. Il faut faire preuve de

prudence lorsqu'on administre en concomitance la rispéridone et la mirtazapine.

Agents sérotoninergiques :

Compte tenu du mode d'action de la mirtazapine et de l'apparition potentielle d'une toxicité sérotoninergique, il faut faire preuve de prudence lorsqu'on administre AURO-MIRTAZAPINE en concomitance avec d'autres médicaments ou agents qui peuvent avoir des répercussions sur le système sérotoninergique, tels que le tryptophane, les triptans, les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, le lithium, le tramadol, le linézolide, le bleu de méthylène ou le millepertuis (voir les sections CONTRE-INDICATIONS et MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Neurologique – Toxicité sérotoninergique/Syndrome neuroleptique malin).

Médicaments liés aux protéines plasmatiques : Comme la mirtazapine est liée aux protéines plasmatiques (85 %), il faut faire preuve de prudence quand AURO-MIRTAZAPINE est administrée à un patient prenant un autre médicament qui se lie fortement aux protéines.

Interactions médicament-herbe médicinale

Millepertuis : Il y a possibilité d'interactions pharmacodynamiques entre le millepertuis, une plante à propriété médicinale, et AURO-MIRTAZAPINE. Ces interactions peuvent faire accroître les effets indésirables. Un ajustement de la dose d'AURO-MIRTAZAPINE devrait être considéré si celui-ci est indiqué sur le plan clinique.

Effets du médicament sur le style de vie

Alcool : Il a été démontré que l'amointrissement des facultés mentales et motrices produit par la mirtazapine s'additionne à celui que produit l'alcool. Par conséquent, les patients doivent être avertis d'éviter de consommer des boissons alcoolisées pendant qu'ils suivent un traitement par AURO-MIRTAZAPINE.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

L'utilisation d'AURO-MIRTAZAPINE chez les patients de moins de 18 ans n'est pas indiquée (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS : LIEN POSSIBLE AVEC LA MANIFESTATION DE MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT ET DE L'ÉMOTIVITÉ, Y COMPRIS L'AUTOMUTILATION).

Considérations posologiques

TRAITEMENT DES FEMMES ENCEINTES PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE :

Les rapports de pharmacovigilance indiquent que certains nouveau-nés exposés vers la fin du troisième trimestre à un ISRS ou à d'autres antidépresseurs plus récents, comme la mirtazapine, ont connu des complications nécessitant une hospitalisation prolongée, une aide respiratoire et une alimentation par intubation (voir la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS). Le médecin traitant une femme enceinte au moyen d'AURO-MIRTAZAPINE pendant le troisième trimestre doit considérer attentivement les risques et les avantages possibles de ce traitement. Le médecin pourrait envisager une réduction graduelle de la dose d'AURO-MIRTAZAPINE au troisième trimestre.

Enfants :

Voir la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – LIEN POSSIBLE AVEC LA MANIFESTATION DE MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT ET DE

L'ÉMOTIVITÉ, Y COMPRIS L'AUTOMUTILATION.

PATIENTS ÂGÉS OU PRÉSENTANT UNE ALTÉRATION RÉNALE OU HÉPATIQUE MODÉRÉE OU GRAVE : Chez les patients âgés et chez ceux qui sont atteints d'insuffisance rénale ou hépatique grave, des données pharmacocinétiques limitées (voir la section MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE) révèlent une hausse des concentrations sériques ou une clairance réduite de mirtazapine. La dose d'AURO-MIRTAZAPINE doit donc être ajustée avec soin pour ces patients (voir la section MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Pharmacocinétique).

Posologie recommandée et ajustement posologique

TRAITEMENT INITIAL

ADULTES :

Les comprimés AURO-MIRTAZAPINE s'administrent en dose unique, de préférence le soir au coucher. La dose initiale recommandée est de 15 mg par jour. Au cours des essais cliniques, les patients recevaient généralement des doses de mirtazapine allant de 15 à 45 mg par jour.

Bien que le rapport entre la dose et la réponse antidépressive n'ait pas encore été établi, il se pourrait que les patients qui ne répondent pas à une dose initiale de 15 mg puissent profiter d'une dose accrue pouvant aller jusqu'à 45 mg par jour (voir la section MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Essais cliniques à l'appui de l'efficacité). La demi-vie d'élimination de la mirtazapine est d'environ 20 à 40 heures. C'est pourquoi la dose ne devrait pas être modifiée à des intervalles de moins d'une semaine. La posologie peut être ajustée en fonction de la tolérance et de la réponse du patient.

TRAITEMENT À PLUS LONG TERME

Il est généralement reconnu que les épisodes aigus de dépression nécessitent une thérapie maintenue pendant plusieurs mois ou encore plus longtemps après que l'on ait obtenu une réponse. L'évaluation systématique de la mirtazapine a démontré que son efficacité pour traiter la dépression chronique est maintenue pour des périodes allant jusqu'à 40 semaines suivant les 8 à 12 semaines de traitement initial au moyen d'une dose allant de 15 à 45 mg/jour (voir la section MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE). En se basant sur ces données limitées, il est impossible de savoir si la dose d'entretien nécessaire de mirtazapine est identique ou non à la dose nécessaire pour obtenir la réponse initiale. On devrait réévaluer périodiquement les patients afin de déterminer la nécessité de continuer le traitement et la dose appropriée pour un tel traitement.

ARRÊT DU TRAITEMENT PAR AURO-MIRTAZAPINE

Des symptômes associés à la diminution de la dose ou à l'arrêt du traitement par la mirtazapine ont été signalés. Il faut surveiller l'apparition de ces symptômes ou de tout autre symptôme lors de l'arrêt du traitement ou de la diminution de la dose (voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et EFFETS INDÉSIRABLES).

On recommande, si possible, de réduire graduellement la dose sur plusieurs semaines plutôt que de cesser brusquement la prise du médicament. Si des symptômes intolérables surviennent après

une baisse de la dose ou l'arrêt du traitement, il faut rajuster le retrait graduel du médicament en fonction de la réponse clinique du patient (voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et EFFETS INDÉSIRABLES).

Dose oubliée

Le patient ne doit pas doubler la dose pour compenser une dose oubliée.

Si le patient oublie de prendre une dose le soir, il faut lui conseiller de ne pas la prendre le lendemain matin, mais plutôt d'attendre au soir (au coucher) pour continuer son traitement selon la dose habituelle.

Administration

Administration des comprimés AURO-MIRTAZAPINE

Les comprimés doivent être pris à la même heure chaque jour, de préférence le soir en dose unique (au coucher). Ils doivent être avalés avec de l'eau, sans les mâcher (voir la **PARTIE III – RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR**).

SURDOSAGE

Pour la prise en charge d'un surdosage soupçonné, communiquez immédiatement avec le centre antipoison de votre région.

Expérience auprès des humains : Lors des essais cliniques, le seul décès dû à un surdosage de médicament signalé chez des patients traités par la mirtazapine s'est produit alors qu'il y avait prise concomitante d'amitriptyline et de chlorprothixène (étude clinique non américaine). Un examen des taux plasmatiques a révélé que la dose de mirtazapine prise était de 30 à 45 mg, alors que les taux plasmatiques de l'amitriptyline et du chlorprothixène atteignaient des valeurs toxiques. Dans d'autres cas de surdosage des comprimés de mirtazapine antérieurs à la commercialisation, on a rapporté les signes et les symptômes suivants : désorientation, somnolence, trous de mémoire et tachycardie. On n'a relevé ni anomalie de l'ECG, ni coma ou convulsions à la suite d'un surdosage de mirtazapine pris seul.

D'après l'expérience consécutive à la commercialisation accumulée auprès de 35 millions de patients exposés à la mirtazapine (traitements moyens de 30 mg/jour durant 3 mois), des cas mortels de surdosage de mirtazapine administrée seule ont été signalés. Dans bien des cas, on ne dispose pas des détails concernant la dose précise ingérée. Des surdosages mortels de mirtazapine administrée seule sont survenus à des doses de seulement 440 mg environ, ce qu'on a déterminé selon les taux plasmatiques après le décès, en présumant une pharmacocinétique linéaire. Toutefois, on a signalé un cas de survie à une dose unique de mirtazapine de 1 350 mg.

L'expérience accumulée jusqu'à présent concernant les surdosages de mirtazapine révèle que les symptômes sont généralement légers. On signale une dépression du système nerveux central accompagnée d'une désorientation et d'une sédation prolongée, en plus d'une tachycardie et d'une hypertension ou hypotension légère. L'issue pourrait toutefois être plus sérieuse (comme le décès) lorsque des surdosages nettement supérieurs à la dose thérapeutique sont ingérés, et surtout si plusieurs produits sont en cause. Dans de tels cas, un allongement de l'intervalle QT et une torsade de pointes ont également été rapportés.

Conduite à tenir en cas de surdosage : Le traitement devrait comporter les mesures normales prises pour traiter un surdosage avec tout antidépresseur.

Il faut s'assurer de maintenir une ouverture des voies aériennes permettant une oxygénation et une ventilation adéquates et surveiller les signes vitaux et la fréquence cardiaque (une surveillance par ECG doit être instaurée). Il est recommandé de prendre les mesures symptomatiques générales et de soutien. Il n'est pas recommandé de provoquer des vomissements. Un traitement au charbon activé ou un lavage gastrique pourraient aussi convenir.

Aucun surdosage à la mirtazapine n'a encore été traité au moyen d'une diurèse forcée, d'une dialyse, d'une hémoperfusion ou d'une transfusion d'échange. On ne connaît aucun antidote à la mirtazapine.

Le traitement d'un surdosage doit prendre en compte de la possibilité que plusieurs médicaments soient en cause. Le médecin doit envisager la possibilité de communiquer avec un centre antipoison pour obtenir d'autres renseignements sur le traitement de tout surdosage.

MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

Mode d'action

Le mode d'action de la mirtazapine en comprimés, comme celui des autres médicaments efficaces dans le traitement d'un trouble dépressif majeur, est inconnu.

Les preuves recueillies dans le cadre d'études précliniques donnent à penser que la mirtazapine favorise l'activité centrale noradrénergique et sérotoninergique. Ces études ont montré que la mirtazapine agit comme antagoniste au niveau des autorécepteurs et des hétérorécepteurs inhibiteurs adrénergiques α_2 présynaptiques centraux, ce qui devrait entraîner une activité centrale noradrénergique et sérotoninergique accrue. On ignore la portée clinique de cette propriété.

Pharmacodynamique

La mirtazapine agit comme antagoniste au niveau des autorécepteurs et des hétérorécepteurs inhibiteurs adrénergiques α_2 présynaptiques centraux, ce qui entraîne une activité centrale noradrénergique et sérotoninergique accrue. On ignore la portée clinique de cette propriété, mais cette action pourrait en expliquer l'effet antidépresseur.

La mirtazapine est un puissant antagoniste des récepteurs 5-HT₂ et 5-HT₃. Bien qu'on ignore exactement la portée clinique de cette propriété, l'antagonisme des récepteurs 5-HT₂ et 5-HT₃ pourrait expliquer les faibles taux de nausées, d'insomnie et d'anxiété observés lors des essais cliniques. La mirtazapine n'a pas d'effets importants directs sur les récepteurs 5-HT_{1A} et 5-HT_{1B}.

Chacun des deux énantiomères de la mirtazapine semble contribuer à son activité pharmacologique. L'énantiomère (+) bloque les récepteurs 5-HT₂ de même que les récepteurs α_2 et l'énantiomère (-) bloque les récepteurs 5-HT₃. On ignore la portée clinique de ces caractéristiques, mais elles pourraient expliquer l'effet antidépresseur et le tableau d'effets secondaires de l'agent.

La mirtazapine est un puissant antagoniste des récepteurs de l'histamine (H₁), ce qui pourrait contribuer à son effet sédatif et, peut-être, à une prise de poids liée à un appétit accru.

La mirtazapine est un antagoniste périphérique adrénergique α_1 modéré et cette propriété pourrait expliquer les quelques cas d'hypotension orthostatique signalés en rapport avec son usage.

La mirtazapine est un antagoniste modéré au niveau des récepteurs muscariniques, une propriété qui pourrait expliquer l'apparition occasionnelle des effets secondaires anticholinergiques associés à son utilisation et signalés lors des essais cliniques.

Pharmacocinétique

La mirtazapine est bien absorbée après une administration orale et sa biodisponibilité absolue est d'environ 50 %, après la prise d'une dose unique ou de doses multiples. Les pics plasmatiques sont atteints en environ 2 heures après une administration orale. Le temps nécessaire pour atteindre le pic plasmatique est indépendant de la dose. La présence d'aliments dans l'estomac ralentit quelque peu la vitesse, mais non pas le degré, d'absorption et elle n'exige donc pas d'ajustement de la dose.

Les concentrations plasmatiques sont linéaires pour les doses allant de 30 à 80 mg. L'état d'équilibre plasmatique est atteint en environ 5 jours. La demi-vie d'élimination de la mirtazapine, après administration orale, est d'environ 20 à 40 heures.

Métabolisme : La mirtazapine est métabolisée de façon extensive et éliminée quantitativement par l'urine (75 %) et les selles (15 %); environ 90 % de cette élimination se produit en dedans de 72 à 96 heures. Les voies principales de la biotransformation sont la déméthylation et l'oxydation suivies de la conjugaison. Les données *in vitro* des microsomes hépatiques humains indiquent que les isoenzymes 2D6 et 1A2 participent à la formation du métabolite 8-hydroxy de la mirtazapine alors que l'isoenzyme 3A est considérée responsable de la formation des métabolites N-déméthyle et N-oxyde. Le métabolite déméthylé est pharmacologiquement actif et il semble avoir un profil pharmacocinétique similaire à celui du composé d'origine.

L'énantiomère (-) a une demi-vie d'élimination qui est approximativement le double et atteint des concentrations plasmatiques trois fois plus élevées que celles de l'énantiomère (+).

Liaison protéinique : La mirtazapine se lie à environ 85 % aux protéines plasmatiques pour une concentration allant de 10 à 1 000 ng/mL. Cette liaison semble à la fois non spécifique et réversible. L'affinité de liaison de la mirtazapine aux protéines hépatiques humaines est de 2,8 fois supérieure à celle des protéines plasmatiques humaines. Comme c'est le cas pour tout médicament qui se lie aux protéines, il faut soigneusement en surveiller l'administration concomitante à d'autres médicaments pouvant avoir une interaction avec la mirtazapine au niveau de la liaison protéinique (voir la section MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

TABLEAU 2 : Effet de l'âge et du sexe sur la demi-vie plasmatique de la mirtazapine

| <u>Groupe</u> | <u>T_{1/2} (MOYENNE ± ÉCART-TYPE)*</u> | |
|------------------------------------|--|------------------------|
| | <u>Dose unique</u> | <u>Doses multiples</u> |
| Hommes adultes N = 9 | 21,7 ± 4,2 | 22,1 ± 3,7 |
| Femmes adultes N = 9 | 37,7 ± 13,3 | 35,4 ± 13,7 |
| Hommes âgés [#] N = 8 | 32,2 ± 15,4 | 31,1 ± 15,1 |
| Femmes âgées [#] N = 8 | 40,6 ± 12,8 | 39,0 ± 10,8 |

* exprimé en heures

Les groupes de personnes « âgées » étaient composés de sujets de 55 ans ou plus (de 55 à 75 ans; âge moyen : 65 ans)

Populations particulières et états pathologiques

Enfants : L'emploi de mirtazapine n'est pas indiqué chez les patients de moins de 18 ans. Deux études à double insu, contrôlées par placebo et avec répartition aléatoire chez des patients âgés de 7 à 18 ans atteints de trouble dépressif majeur (n = 259) n'ont pas mis en évidence de différences significatives sur le plan statistique entre la mirtazapine et le placebo en ce qui concerne le paramètre d'évaluation primaire et tous les paramètres d'évaluation secondaires. Un gain de poids significatif ($\geq 7\%$) a été observé chez 48,8 % des sujets traités au moyen de mirtazapine comparativement à 5,7 % dans le groupe placebo. De l'urticaire (11,8 % vs 6,8 %) et de l'hypertriglycémie (2,9 % vs 0 %) ont aussi été observés fréquemment (voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS – Généralités – **Lien possible avec la manifestation de modifications du comportement et de l'émotivité, y compris l'automutilation et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**).

Personnes âgées :

Les résultats d'une étude ont indiqué qu'à la suite de l'administration de 20 mg par jour de mirtazapine pendant 7 jours, la clairance orale a été réduite chez les sujets plus âgés (âge moyen : 65 ans; fourchette : de 55 à 75 ans) par comparaison aux sujets plus jeunes (voir le tableau 2). La différence était la plus marquée chez les hommes, pour qui la clairance de mirtazapine était de 40 % plus basse chez les sujets âgés comparativement aux plus jeunes, tandis que la clairance dans son ensemble était plus faible chez les femmes âgées. Il faut donc faire preuve de prudence lors de l'administration de comprimés d'AURO-MIRTAZAPINE à des patients âgés (voir les sections MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Sexe :

Âge et sexe : Dans cette même étude (voir la section MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Populations particulières et états pathologiques – Personnes âgées), on a observé une période de demi-vie d'élimination significativement plus longue chez les femmes de tous âges (25 à 74 ans) que chez les hommes (demi-vie moyenne de 37 heures pour les femmes c. à 26 heures pour les hommes) (voir le tableau 2). Bien que ces différences

entraînent, en moyenne, une aire sous la courbe plus élevée pour les femmes que pour les hommes, il y a un chevauchement considérable de l'ASC d'un individu à l'autre de groupes différents. À cause de ces variations individuelles importantes, il n'est pas indiqué de recommander des doses spécifiques selon le sexe de la personne (voir la section POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

Insuffisance hépatique :

Maladie du foie : Dans une étude comportant une dose unique de 15 mg de mirtazapine, la demi-vie d'élimination de mirtazapine a augmenté de 40 % chez les sujets atteints d'une affection hépatique légère ou modérée comparativement à des patients ayant une fonction hépatique normale. Cet effet sur l'élimination a entraîné une augmentation de 57 % de l'ASC et une diminution de 33 % de la clairance.

Insuffisance rénale :

Affection rénale : Dans une étude comportant une dose unique de 15 mg de mirtazapine, les sujets atteints d'anomalies rénales modérées ou graves ont présenté une diminution importante de la clairance de la mirtazapine et, par conséquent, une augmentation importante de l'ASC (54 % et 215 % pour une affection rénale modérée ou grave, respectivement). Les sujets atteints d'anomalies rénales graves avaient des pics plasmatiques de mirtazapine significativement plus élevés (environ le double de ceux des sujets n'ayant pas d'affection rénale). Ces résultats indiquent qu'il faut faire preuve de prudence lors de l'administration d'AURO-MIRTAZAPINE à des patients pouvant avoir une fonction rénale altérée.

STABILITÉ ET CONSERVATION

Conserver à la température ambiante entre 15 °C et 30 °C. Protéger de la lumière.

DIRECTIVES PARTICULIÈRES DE MANIPULATION

Les comprimés doivent être avalés avec de l'eau, sans les mâcher. Il faut dire aux patients de ne pas mâcher les comprimés.

PRÉSENTATION, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT

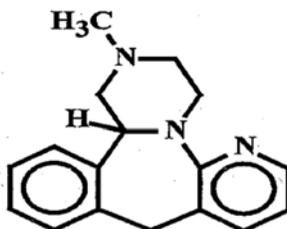
| | | |
|--------------------------|---|---|
| Forme posologique | Comprimés | |
| Dosage | 15 mg, 30 mg et 45 mg | |
| Description | <p><u>Comprimés AURO-MIRTAZAPINE dosés à 15 mg :</u> Comprimés pelliculés jaunes, biconvexes, en forme de capsule, et portant les inscriptions '0' et '8' de part et d'autre d'une rainure sur une face et 'A' sur l'autre face.</p> <p><u>Comprimés AURO-MIRTAZAPINE dosés à 30 mg :</u> Comprimés pelliculés brun rougeâtre, biconvexes, en forme de capsule, et portant les inscriptions '0' et '9' de part et d'autre d'une rainure sur une face et 'A' sur l'autre face.</p> <p><u>Comprimés AURO-MIRTAZAPINE dosés à 45 mg :</u> Comprimés biconvexes blancs, en forme de capsule, et portant les inscriptions '0' et '10' de part et d'autre d'une rainure sur une face et 'A' sur l'autre face.</p> | |
| Composition | <p><u>Comprimés de mirtazapine dosés à 15 mg :</u> Chaque comprimé pelliculé contient 15 mg de mirtazapine.</p> <p><u>Comprimés de mirtazapine dosés à 30 mg :</u> Chaque comprimé pelliculé contient 30 mg de mirtazapine.</p> <p><u>Comprimés de mirtazapine dosés à 45 mg :</u> Chaque comprimé pelliculé contient 45 mg de mirtazapine.</p> | <p>Ingrédients non médicinaux : Lactose monohydraté, hydroxypropylcellulose, amidon de maïs, silice colloïdale anhydre, hydroxypropylcellulose à faible degré de substitution et stéarate de magnésium.</p> <p>Les ingrédients d'enrobage :</p> <p>Opadry Jaune 20A52560 (15 mg) : contient hydroxypropylcellulose, hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp), dioxyde de titane et oxyde de fer jaune</p> <p>Opadry Brun 20A56788 (30 mg) : contient hydroxypropylcellulose, hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp), dioxyde de titane, oxyde de fer jaune, oxyde de fer rouge et oxyde de fer noir.</p> <p>Opadry Blanc 20A58806 (45 mg) : contient hydroxypropylcellulose, hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp), dioxyde de titane.</p> |
| Conditionnement | <p><u>Comprimés AURO-MIRTAZAPINE à 15 mg :</u> Plaquettes alvéolées de 3x10 et 10 x10) comprimés. Flacons de PEHD de 30, 100 et 500 comprimés.</p> <p><u>Comprimés AURO-MIRTAZAPINE à 30 mg :</u> Plaquettes alvéolées de 3x10 et 10 x10) comprimés. Flacons de PEHD de 30, 100 et 500 comprimés.</p> <p><u>Comprimés AURO-MIRTAZAPINE à 45 mg :</u> Plaquettes alvéolées de 3x10 et 10 x10) comprimés. Flacons de PEHD de 30, 100 et 500 comprimés.</p> | |

PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES

RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

Substance pharmaceutique

| | |
|--|---|
| Dénomination commune : | Mirtazapine |
| Dénomination chimique : | Pyrazino [2,1-a] pyrido [2,3-c] benzazépine, 1,2,3,4,10,14b-hexahydro-2-méthyl-, hémihydrate |
| Formule moléculaire et poids moléculaire : | $C_{17}H_{19}N_3$ et 265,36 g/mol |
| Formule développée : | |



| | |
|-------------------------------|---|
| Propriétés physicochimiques : | pKa : 7 à 25° C pH : 7,89 (dispersion à p/p 1 %) Coefficient de partage : Tampon octanol/phosphate, pH de 7,4 :3,09 Description : La mirtazapine est une poudre cristalline, dont la couleur peut varier du blanc au blanc crème. |
|-------------------------------|---|

ESSAIS CLINIQUES

Études de biodisponibilité comparative :

Une étude à double insu, croisée, à dose unique par voie orale et à répartition aléatoire, comportant deux traitements, deux séquences et deux périodes, a été menée auprès de 36 adultes en bonne santé et à jeun dans le but de comparer la biodisponibilité des comprimés de mirtazapine dosés à 30 mg (à l'étude) d'Aurobindo Pharma Limited, Inde, à celle des comprimés Remeron (mirtazapine) dosés à 30 mg (référence) de Schering-Plough Canada Inc., Canada.

Résumé des données de biodisponibilité comparée

| Mirtazapine (1 x 30 mg) À partir de données mesurées | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|--|---------------------------------|
| Moyenne géométrique Moyenne arithmétique (CV en %) | | | | |
| Paramètre | À l'étude* | Référence† | Rapport des moyennes géométriques (%)# | Intervalle de confiance à 90% # |
| ASC _{0-t} (h.ng/mL) | 1146,51 1217,75 (36,3) | 1146,87 1196,22 (29,4) | 99,97 | 93,50-106,89 |
| ASC ₁ (h.ng/mL) | 1339,83 1435,27 (38,0) | 1329,60 1399,80 (32,9) | 100,77 | 94,05-107,97 |
| C _{max} (ng/mL) | 93,89 100,78 (39,5) | 95,31 102,17 (36,5) | 98,50 | 88,32-109,86 |
| T _{max} § (h) | 1,50 (0,75 – 5,00) | 1,5 (0,75 – 4,00) | | |
| T _{1/2} § (h) | 28,91 (34,0) | 28,27 (38,3) | | |

*Comprimés AURO-MIRTAZAPINE à 30 mg, fabriqués par Auro Pharma Limitée, Inde.

† Comprimés REMERON® à 30 mg de Schering-Plough Canada Inc. ont été achetés au Canada.

§Représenté sous forme de médiane (étendue) seulement.

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

Essais cliniques à l'appui de l'efficacité

L'efficacité de la mirtazapine pour le traitement de la dépression a été démontrée dans quatre essais américains contrôlés par placebo (durée de 6 semaines) portant sur des patients externes adultes qui répondaient aux critères de dépression majeure du DSM-III. La dose de mirtazapine, de 5 mg/jour au départ, a été portée jusqu'à 35 mg/jour (vers le début de la troisième semaine). La mesure des résultats s'est faite, entre autres, selon l'échelle de dépression de Hamilton (21 points) et l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg. La dose moyenne de mirtazapine pour les patients ayant complété ces quatre études allait de 21 à 32 mg/jour. D'autres études de confirmation ont utilisé des doses allant jusqu'à 50 mg/jour. Dans les essais américains de courte durée contrôlés par placebo et comportant des doses flexibles (comprimés de mirtazapine, n = 323), 70 % et 54 % des patients ont reçu des doses finales ≥ 20 mg et ≥ 25 mg, respectivement.

Lors d'une étude de plus longue durée, les patients ayant répondu au traitement initial aigu de 8 à

12 semaines par la mirtazapine et qui répondaient aux critères de trouble dépressif majeur du DSM-IV ont fait l'objet d'une répartition aléatoire pour poursuivre le traitement par la mirtazapine ou recevoir un placebo sur une période allant jusqu'à 40 semaines d'observation pour déceler une rechute. Pendant la phase ouverte, on entendait par « réponse » l'obtention d'un score total de ≤ 8 pour le HAMD-17 et un score d'amélioration-CGI de 1 ou 2 lors de deux visites consécutives commençant à la semaine 6 des 8 à 12 semaines constituant la phase ouverte de l'étude. La rechute pendant la phase à double insu était déterminée par chaque investigateur. Les patients ayant reçu le traitement par la mirtazapine en continu ont montré un taux de rechute significativement plus bas pendant les 40 semaines suivantes comparativement aux patients du groupe placebo. Cette corrélation a été démontrée autant chez les patients hommes que chez les femmes.

PHARMACOLOGIE DÉTAILLÉE

La mirtazapine et ses énantiomères ont été étudiés pour leurs effets pharmacologiques sur des modèles de comportement lié à la dépression (tableau 3) chez des souris et des rats, et à partir de l'analyse du sommeil/éveil tirée d'EEG de rats, ainsi que d'études d'interactions au niveau des récepteurs (récepteurs de la noradrénaline, de la sérotonine [5-HT], de l'histamine, de l'acétylcholine et de la dopamine chez des rats et des cobayes).

TABLEAU 3 : PROFIL SNC-PHARMACOLOGIQUE DE LA MIRTAZAPINE ET DE SES ÉNANTIOMÈRES

| | Mirtazapine | Énant. (S)+ | Énant. (R)- |
|---|-------------|-------------|-------------|
| <u>Modèles de comportement</u> | | | |
| Effets semblables aux antidépresseurs | | | |
| -rats bulbectomisés : comportemental | + | + | - |
| biochimique | + | - | + |
| -test d'immobilité acquise Effets anxiolytiques | - | - | + |
| -test anxio-soif | ± | ± | ± |
| <u>Études d'EEG</u> | | | |
| Profil antidépresseur | | | |
| - sommeil (rats) | + | + | ± |
| - sommeil (humains) | + | + | + |
| <u>Interactions avec les récepteurs</u> | | | |
| Noradrénaline (blocage α_2) | | | |
| - amélioration de la libération de NA | + | + | - |
| - déplacement rauwolscien | + | + | - |
| - antagonisme de la mydriase provoquée par la clonidine | + | + | - |
| Sérotonine | | | |
| - affinité 5-HT ₂ | + | + | ± |
| - affinité 5-HT ₃ | + | - | + |
| - Histamine | | | |
| - antagonisme H ₁ | + | + | + |
| - Acétylcholine | | | |

| | Mirtazapine | Énant. (S)+ | Énant. (R)- |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| - liaison QNB | - | - | - |
| - iléon de cobaye | - | - | - |

Indices pharmacologiques des effets indésirables (tableau 3)

Les effets secondaires fréquents des antidépresseurs qui peuvent être imputés aux interactions avec les récepteurs sont d'origine anticholinergique (sécheresse buccale, vision floue, constipation, rétention urinaire), adrénolytique α_1 (hypotension orthostatique) et antihistaminique (sédation).

La mirtazapine est pratiquement dénuée d'activité anticholinergique, comme l'ont démontré les interactions avec les récepteurs *in vitro* et comme l'a confirmé le test d'antagonisme à la trémorine *in vivo*. On peut donc prédire que l'incidence des effets secondaires anticholinergiques liés à la prise de mirtazapine, observés dans la pratique clinique, devrait être faible. Des essais cliniques l'ont confirmé.

La mirtazapine est un antagoniste modérément faible au niveau des adrénocéphes α_1 centraux et périphériques, comme on l'a constaté *in vitro* dans une bioanalyse avec marquage de la liaison à la prazosine dans des homogénats du cortex cérébral de rats et dans une bioanalyse du canal déférent isolé de rats. À partir de ces observations, on pourrait prévoir une faible incidence d'hypotension orthostatique, ce qui correspond aux observations cliniques chez les patients déprimés.

Contribution des énantiomères de la mirtazapine à son profil pharmacologique (tableau 3)

Dans le test d'immobilité acquise visant à caractériser l'activité antidépressive, la mirtazapine et l'énantiomère (S)+ se révèlent tous deux inactifs, alors que l'énantiomère (R)- est actif.

Chez les rats bulbectomisés, un traitement subchronique avec l'énantiomère (S)+ inverse le comportement anormal alors que l'énantiomère (R)- est inactif. Cependant, les baisses des taux de noradrénaline et de MHPG liées à la bulbectomie sont inversées par le traitement subchronique au moyen de l'énantiomère (R)-, mais pas avec l'énantiomère (S)+.

Les deux énantiomères sont actifs dans le test conflit-punition (évidence d'activité anxiolytique) et dans l'analyse de l'EEG sommeil-éveil chez les rats (suppression du sommeil paradoxal, un effet commun à de nombreux psychotropes). Dans des profils de pharmaco-EEG chez les humains correspondant à des volontaires en bonne santé [16], les deux énantiomères présentent un bilan « antidépressif » très net pour des doses semblables (0,5 et 1 mg par sujet.)

Les énantiomères de la mirtazapine diffèrent considérablement quant à leur activité biochimique. L'activité de blocage des récepteurs α_2 de la mirtazapine est pratiquement restreinte à l'énantiomère (S)+, qui est aussi l'antagoniste 5-HT₂ le plus puissant des deux. Cependant, l'énantiomère (R)- est le principe actif de la mirtazapine du point de vue de l'activité antagoniste 5-HT₃. Les deux énantiomères contribuent de manière comparable aux propriétés antihistaminiques et α_1 -adrénolytiques (faibles) de la mirtazapine.

Contribution des métabolites principaux de mirtazapine à son profil pharmacologique

La déméthylmirtazapine, le seul métabolite trouvé dans le cerveau des rats après une administration orale de mirtazapine, exerce une activité anxiolytique lors du test conflit-punition chez les rats, mais il est moins actif que la molécule mère dans le profil EEG des rats pour ce qui est de l'activité antidépressive. Le métabolite déméthylé est aussi moins actif que la molécule mère quant à

l'activité antagoniste dans les tests *in vivo* pour le blocage des récepteurs antagonistes α_2 et 5-HT₂. Cela pourrait être imputable à une faible biodisponibilité lors de l'administration par voie générale, puisque les tests *in vitro* révèlent que ce composé est d'une activité à peu près égale à celle de la mirtazapine comme antagoniste des récepteurs α_2 et 5-HT₂, qui sont des indices importants de l'activité thérapeutique antidépressive. Pour ce qui est de l'antagonisme au récepteur de l'histamine H₁, qui est probablement lié à la sédation, le métabolite déméthylé semble moins actif que la molécule mère.

Il n'a pas été démontré que la 8-hydroxymirtazapine, la 8-hydroxydéméthylmirtazapine et le N(2)-oxyde de la mirtazapine pénètrent dans le cerveau des rats et sont inactifs *in vivo*, à l'exception des métabolites N(2)-oxyde et 8-hydroxy, qui font preuve d'une certaine activité antisérotoninergique. *In vitro*, ces métabolites sont beaucoup moins actifs que la molécule mère aux récepteurs importants, tels que le récepteur α_2 , le récepteur 5-HT₂ et le récepteur de l'histamine H₁. Pour cette raison, on ne les considère pas comme pertinents pour le profil pharmacodynamique de la mirtazapine sur le plan de l'activité thérapeutique ou des effets secondaires.

On ne s'attend pas à ce que les glucuroconjugués et les sulfonoconjugués soient actifs sur le plan pharmacologique; c'est pourquoi on n'a pratiqué qu'un nombre restreint de tests *in vivo* et *in vitro* avec ces métabolites et ces tests n'ont révélé aucune activité.

Pharmacologie cardiovasculaire de la mirtazapine

Effets cardiovasculaires

Chez des lapins en état d'éveil, à des doses de 0,1 et de 1,0 mg/kg administrées par voie i.v., la mirtazapine n'a aucun effet sur la tension artérielle, la fréquence cardiaque et le système nerveux autonome. À raison de 10 mg/kg (voie i.v.), la mirtazapine n'a pas, non plus, d'effet sur la tension artérielle et la fréquence cardiaque, mais elle limite légèrement la hausse de tension artérielle provoquée par la noradrénaline et celle de la fréquence cardiaque provoquée par l'isoprénaline.

Chez des chats anesthésiés, à des doses de 0,1 et de 1,0 mg/kg (voie i.v.), la mirtazapine ne provoque aucun effet cardiovasculaire et n'agit pas sur le système nerveux autonome. À raison de 10 mg/kg (voie i.v.), la mirtazapine provoque une baisse de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque et réduit les fluctuations de tension artérielle provoquées par la stimulation du nerf vague et l'occlusion de la carotide.

Effets hémodynamiques

Chez des chiens anesthésiés, à une dose de 0,1 mg/kg (voie i.v.), la mirtazapine ne provoque pas de changements hémodynamiques. À une dose de 1,0 mg/kg (voie i.v.), la mirtazapine réduit légèrement la fréquence cardiaque et la contractilité du myocarde et il augmente légèrement la résistance vasculaire périphérique. À une dose de 10 mg/kg (voie i.v.), la mirtazapine provoque une légère baisse de la fréquence cardiaque et de l'index systolique, ce qui entraîne une légère baisse de l'indice cardiaque, une baisse de la contractilité du myocarde et une hausse de la résistance vasculaire périphérique qui, à son tour, entraîne une baisse du flux sanguin fémoral et de l'artère carotide primitive.

Cardiotoxicité

On a analysé la cardiotoxicité chez des chiens anesthésiés, sous ventilation artificielle, par une perfusion intraveineuse de mirtazapine (30 mg/kg/h) jusqu'à ce que l'animal meure par arrêt cardiaque. Si l'animal était encore vivant 5 heures après le début de la perfusion, on cessait

l'expérience. Quatre des cinq chiens sont morts après 5 heures de perfusion et un chien a survécu. Le taux plasmatique moyen extrapolé de mirtazapine avant la mort des quatre chiens était d'environ 20 µg/mL, c'est-à-dire environ 200 fois les pics plasmatiques cliniques attendus. On a mis en évidence un rapport linéaire entre la gravité des effets cardiovasculaires (p. ex. baisse de la tension artérielle, baisse du débit cardiaque et baisse du dP/dt) et la concentration plasmatique de mirtazapine.

TOXICOLOGIE

Toxicité aiguë

La valeur de la DL₅₀ orale de mirtazapine chez des souris-suisse mâles était de 830 mg/kg (760 - 940 mg/kg) après 24 heures et de 810 mg/kg (720 - 1 010 mg/kg) après 7 jours; chez les femelles, elle était de 720 mg/kg (620 - 850 mg/kg) après 24 heures et 7 jours.

La valeur de la DL₅₀ orale de mirtazapine après 24 heures et 7 jours était de 490 mg/kg (427 - 534 mg/kg) et de 320 mg/kg (240 - 430 mg/kg), chez des rats Wistar mâles et femelles, respectivement. Dans une étude distincte sur les rats, les énantiomères de la mirtazapine ont donné lieu à une toxicité aiguë semblable, et la DL₅₀ était de 222 mg/kg pour l'énantiomère (R)- et de 208 mg/kg pour l'énantiomère (S)+. Surtout aux doses les plus élevées, les signes cliniques observés chez ces deux espèces comprenaient le manque de coordination motrice, une activité réduite, le ptosis, les secousses musculaires, la respiration anormalement lente et l'horripilation. Ces symptômes ont atteint leur paroxysme deux heures après l'administration et ont disparu progressivement au cours de la première journée. Une analyse anatomique macroscopique n'a révélé aucun changement morphologique lié au médicament.

Toxicité avec dose répétée

On a mené des études de toxicité orale de 13 semaines en administrant de la mirtazapine à des rats des deux sexes suivies d'une période de rétablissement de 4 semaines à des doses quotidiennes de 10, 40 et 120 mg/kg ainsi que chez des chiens des deux sexes, suivies d'une période de rétablissement de 7 semaines à des doses quotidiennes de 5, 20 et 80 mg/kg. Une deuxième étude a été menée sur des chiens, à raison d'une dose unique de 20 mg/kg/jour, pour examiner les changements possibles de la prostate observés lors de l'étude initiale sur les chiens mâles. Des études de toxicité d'un an, suivies de périodes de rétablissement de 5 semaines, ont été menées sur des rats et des chiens, au moyen de doses de 2,5, 20 et 120 mg/kg et de 2,5, 15 et 80 mg/kg, respectivement.

Toxicité subchronique

L'administration orale de mirtazapine à des rats Wistar, à raison de 10 mg/kg/jour pendant 13 semaines consécutives, n'a provoqué aucun effet défavorable, alors que des doses de 40 et de 120 mg/kg/jour ont provoqué :

- des signes cliniques transitoires comprenant la mydriase, le larmolement, le ptosis, l'hypothermie, la bradypnée et l'hypersalivation (seulement chez les femelles ayant reçu 120 mg/kg);
- une diminution transitoire du gain de poids corporel et une baisse initiale de la consommation d'aliments, suivies d'une augmentation de la consommation alimentaire;
- une augmentation du poids de la thyroïde (chez les mâles seulement) associée à l'hypertrophie des cellules folliculaires thyroïdiennes, un effet connu avec les composés qui induisent des enzymes hépatiques microsomaux chez ces espèces (voir l'étude de

- carcinogénicité chez les rats);
- une hausse du poids de la glande surrénale (chez les femelles seulement) non associée à des changements morphologiques;
- une légère vacuolisation des tubes urinaires corticaux non associée à d'autres changements cytoplasmiques ou nucléaires pouvant indiquer une réaction dégénérative ou nécrotique, un dépôt de lipides ou toute autre perturbation des tests de la fonction rénale. Comme l'a confirmé une étude de toxicité chronique ultérieure, il ne s'agit pas d'une réaction néphrotoxique (voir ci-dessous);
- une légère hypertrophie des cellules hépatiques n'indiquant pas une hépatotoxicité et non accompagnée de perturbations fonctionnelles hépatiques ou de changements dégénératifs.

Tous ces effets étaient réversibles après une période de 4 semaines suivant l'administration.

L'administration orale de mirtazapine à des beagles, pendant 13 semaines consécutives, a provoqué :

- une hausse du poids du foie non associée à l'hépatotoxicité, à des doses de 5, 20 et 80 m g /kg/jour;
- des modifications de comportement comprenant des vomissements occasionnels, des selles molles, une activité motrice réduite et des tremblements corporels, à 20 et 80 m g /kg/jour;
- une légère perte de poids chez des chiens mâles, à une dose de 80 mg/kg/jour;
- une chute des paramètres des globules rouges (hémoglobine et valeur d'hématocrite), à une dose de 80 mg/kg/jour;
- une baisse du poids testiculaire associée à une spermatogenèse réduite, une baisse des poids des épидидymes et un contenu réduit en spermatozoïdes des épидидymes chez deux animaux sur cinq, à une dose de 80 mg/kg/jour.

Une baisse marquée du poids de la prostate a été constatée chez tous les animaux traités par le médicament ainsi que chez un mâle du groupe témoin gardé pour le rétablissement. Cet effet a été évalué dans une étude supplémentaire (20 mg/kg/jour pendant 13 semaines consécutives), après quoi on a conclu que les changements du poids prostatique observés dans la première étude n'étaient très probablement pas dus au traitement par la mirtazapine, mais liés plutôt à des variations saisonnières et à des différences d'âge (les jeunes mâles donnant l'impression d'être plus sensibles aux changements du poids de la prostate que les animaux plus âgés). Les études cliniques n'ont fourni aucune preuve que la mirtazapine puisse avoir un effet sur la prostate des hommes.

Toxicité chronique

L'administration orale de mirtazapine pendant un an à des rats Sprague-Dawley (2,5, 20 et 120 m g /kg/jour) et à des beagles (2,5, 15 et 80 mg/kg/jour) n'a pas provoqué d'effets additionnels par rapport à ceux déjà observés lors des études de toxicité subchronique.

Lors de l'étude sur les rats, le poids corporel dans les groupes traités à faible dose (mâles et femelles) et à dose moyenne (femelles) était généralement légèrement plus bas que chez les animaux du groupe témoin; il y a eu une baisse marquée du poids corporel chez les animaux traités à forte dose.

Les examens microscopiques ont révélé que le seul effet lié au médicament était une incidence

accrue de vacuolisation intracytoplasmique dans les tubes contournés proximaux des reins, dans le groupe de rats traité avec une forte dose, après 6 mois, et dans celui traité avec une dose forte ou intermédiaire, après 12 mois. De plus, il y a eu une incidence accrue d'un pigment brun finement granuleux dans le cytoplasme des cellules de l'épithélium tubaire chez les rats traités avec une forte dose. Ces changements n'étaient accompagnés d'aucun changement cytoplasmique ou nucléaire dégénératif ni d'aucune perturbation des tests de la fonction rénale. La microscopie photonique a indiqué que les vacuolisations sont le résultat d'une augmentation de la taille et du nombre des vacuoles constituant le système endocytose/lysosomes dans les tubes contournés proximaux. Cela a été confirmé par examen des reins au microscope électronique. On sait que les vacuolisations se produisent quand il y a incompatibilité entre le matériel qui pénètre dans les lysosomes et les enzymes digestives qui s'y trouvent. Ainsi, dans l'étude de toxicité chronique chez les rats traités par la mirtazapine, il se peut qu'une incompatibilité transitoire se soit produite en raison d'une surcharge de la forte dose du matériel testé. Comme dans l'étude de toxicité subchronique de 13 semaines, la vacuolisation tubaire et la pigmentation brune ont été inversées pendant le mois de rétablissement.

L'administration par voie orale de mirtazapine à raison de 2,5 et 15 mg/kg/jour à des beagles, pendant 12 mois, n'a provoqué aucun effet indésirable alors qu'une dose de 80 mg/kg/jour a provoqué :

- des symptômes neurologiques (tremblements et convulsions);
- un déclin de l'état général et des troubles gastro-intestinaux légers;
- une perte de poids corporel, surtout pendant la première moitié de la période de traitement;
- une baisse des paramètres des globules rouges (numération, Hb, hématocrite);
- une légère hausse des taux de phosphatases alcalines et de l'ALT pendant la première moitié du traitement, accompagnée d'une hypertrophie du foie et des cellules hépatiques pouvant indiquer une induction enzymatique. Ces changements n'étaient pas associés à des changements morphologiques du foie indiquant une hépatotoxicité après 6 ou 12 mois;
- des hausses des rapports entre les éléments de la série érythrocytaire et ceux de la série myéloïde dans la moelle osseuse chez les mâles et, dans une moindre mesure, chez les femelles recevant 15 ou 80 mg/kg/jour, après 52 semaines de traitement en raison d'une légère baisse des éléments myéloïdes totaux chez les mâles et chez les femelles et d'une légère hausse des éléments érythrocytaires chez les mâles.

On a constaté la réversibilité des effets liés au médicament après la période d'un mois suivant le traitement.

Carcinogénèse, mutagenèse, perte de fertilité

Carcinogénèse : Des études sur l'action cancérigène ont été menées avec la mirtazapine administrée à des souris dans les aliments, à raison de 2, 20, et 200 mg/kg/jour et à des rats, à des doses de 2, 20 et 60 mg/kg/jour. Les doses maximales administrées aux souris et aux rats pour ces études, d'après l'exposition au médicament (ASC), étaient d'environ 0,7 et 1,2 fois, respectivement, la dose maximale quotidienne recommandée pour les humains (DMRH), qui est de 45 mg/jour. On a constaté une augmentation de l'incidence de l'adénome hépatocellulaire et du carcinome chez les souris mâles à la dose élevée. Chez les rats, il y a eu une augmentation d'adénomes hépatocellulaires chez les femelles aux doses intermédiaires et élevées et de tumeurs hépatocellulaires ainsi que d'adénomes/cystadénomes du follicule thyroïdien et de carcinomes

chez les mâles à la dose élevée. Les données indiquent que ces effets pourraient être tributaires de mécanismes non génotoxiques dont la pertinence pour les humains n'est pas connue.

Les doses utilisées pour l'étude sur les souris pourraient ne pas avoir été suffisantes pour caractériser tout le potentiel carcinogène des comprimés de mirtazapine.

Mutagenèse : La mirtazapine n'a produit aucun effet mutagène ou clastogène et n'a pas déclenché de dommages généraux à l'ADN, selon plusieurs tests visant à en évaluer la génotoxicité : le test d'Ames, la bioanalyse de mutation génique *in vitro* sur les cellules V79 de hamsters chinois, le test d'échange des chromatides sœurs *in vitro* dans une culture de lymphocytes de lapins, le test du micronoyau de la moelle osseuse de rats *in vivo* et la bioanalyse de synthèse d'ADN non programmée dans des cellules HeLa.

Perte de fertilité : Dans une étude de la fertilité des rats, la mirtazapine a été administrée à des doses allant jusqu'à 100 mg/kg (1,9 fois la DMRH d'après l'ASC). La copulation et la conception n'ont pas été altérées par le médicament, mais le calendrier des chaleurs a été perturbé à des doses 1,3 fois plus élevées que la DMRH (d'après l'ASC) et des pertes en pré-implantation se sont produites à 1,9 fois la DMRH (d'après l'ASC).

BIBLIOGRAPHIE

1. Benkert O, Szegedi A, Kohnen R. Mirtazapine compared with paroxetine in major depression. *J Clin Psychiatry* 2000;61:656-62.
2. Bremner JD, Smith WT. ORG 3770 vs. amitriptyline in the continuation treatment of depression: A placebo-controlled trial. *Eur J Psychiat* 1996;10(1):5-15.
3. Dahl ML, Voortman G, Alm C, Elwin CE, Delbressine L, Vos R, et al. *In vitro* and *in vivo* studies on the disposition of mirtazapine in humans. *Clin Drug Invest* 1997;13(Suppl 1):37-46.
4. de Boer T, Ruijt GSF. The selective α_2 -adrenoceptor antagonist mirtazapine (ORG 3770) enhances noradrenergic and 5-HT_{1A}-mediated serotonergic neurotransmission. *CNS Drugs* 1995;4(Suppl 1):29-38.
5. de Montigny C, Haddjeri N, Mongeau R, Blier P. The effects of mirtazapine on the interactions between central noradrenergic and serotonergic systems. *CNS Drugs* 1995;4(Suppl 1):13-7.
6. Holm KJ, Markham A. Mirtazapine: A review of its use in major depression. *Drugs* 1999;57:607-31.
7. Leinonen E, Skarstein J, Behnke K, Agren H, Helsdingen JTH. Efficacy and tolerability of mirtazapine versus citalopram: A double-blind randomized study in patients with major depressive disorder. *Intl Clin Psychopharmacol* 1999;14:329-37.
8. Leonard BE. Mechanisms of action of antidepressants. *CNS Drugs* 1995;4(Suppl 1):1-12.
9. Loonen AJM, Doorschot CH, Oostelbos MCJM, Sitsen JMA. Lack of drug interactions between mirtazapine and risperdone in psychiatric patients: A pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol* 1999;10:51-7.
10. Montgomery SA. Safety of Mirtazapine: A review. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10:37-45.
11. Peroutka SJ. Serotonin receptor subtypes: Their evolution and clinical relevance. *CNS Drugs* 1995;4(Suppl 1):18-28.
12. Radhakishun FS, Bos JvdB, van der Heijden BCJM, Roes KCB, O'Hanlon JF. Mirtazapine Effects on alertness and sleep in patients as recorded by interactive telecommunication during treatment with different dosing regimens. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:531-7.
13. Ruwe FJL, Smulders RA, Kleijn HJ, Hartmans HLA, Sitsen JMA. Mirtazapine and paroxetine: A drug-drug interaction study in healthy subjects. *Hum Psychopharmacol* 2001;16:449-59.
14. Sennel C, Timmer CJ, Sitsen JMA. Mirtazapine in combination with amitriptyline: A drug-drug interaction study in healthy subjects. *Hum Psychopharmacol* 2003;18(2):91-101.
15. Sitsen JMA, Maris FA, Timmer CJ. Concomitant use of mirtazapine and cimetidine: A drug-drug interaction study in healthy male subjects. *Eur J Clin Pharmacol* 2000;56:389-94.

16. Sitsen JMA, Maris FA, Timmer CJ. Drug-drug interaction studies with mirtazapine and carbamazepine in healthy male subjects. *Eur J Drug Metab Pharmacokinet* 2001;26(1/2):109-21.
17. Sitsen JMA, Voortman G, Timmer CJ. Pharmacokinetics of mirtazapine and lithium in healthy male subjects. *J Psychopharmacol* 2000;14:172-6.
18. Sitsen JMA and Zivkov M. Mirtazapine: Clinical profile. *CNS Drugs* 1995;4(Suppl 1):39-48.
19. Spaans E, van den Heuvel MW, Schnabel PG, Peeters PAM, Ching-kon-Sung40 UG, Colbers EPH, et al. Concomitant use of mirtazapine and phenytoin: A drug-drug interaction study in healthy male subjects. *Eur J Clin Pharmacol* 2002;58:423-9.
20. Wheatly DP, van Moffaert M, Timmerman L, Kremer CME. Mirtazapine: Efficacy and tolerability in comparison with fluoxetine in patients with moderate to severe major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59:306-12.
21. Monographie de produit : REMERON® (comprimés de mirtazapine 30 mg) Merck Canada Inc., Numéro de contrôle de la présentation 236043. Date de révision : le 14 mai 2020.

PARTIE III : RENSEIGNEMENTS POUR LE CONSOMMATEUR

Pr AURO-MIRTAZAPINE
(mirtazapine)
Comprimés
15 mg, 30 mg et 45 mg
Norme maison

La présente notice constitue la troisième et dernière partie de la « monographie du produit » publiée à la suite de l'approbation de la vente au Canada d'AURO-MIRTAZAPINE et s'adresse tout particulièrement au consommateur. Cette notice n'est qu'un résumé et ne donne donc pas tous les renseignements pertinents au sujet d'AURO-MIRTAZAPINE. 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 :

AURO-MIRTAZAPINE appartient à une catégorie de médicaments appelés antidépresseurs.

AURO-MIRTAZAPINE vous a été prescrit pour soulager vos symptômes de dépression. **Un traitement avec ces types de médicaments est plus sécuritaire et efficace lorsque vous et votre médecin avez une bonne communication à propos de ce que vous ressentez.**

Les effets de ce médicament :

On ignore comment AURO-MIRTAZAPINE agit pour traiter la dépression. On croit qu'AURO-MIRTAZAPINE a des effets sur les composantes chimiques du cerveau appelées sérotonine et norépinéphrine.

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

Ne prenez pas AURO-MIRTAZAPINE si vous :

- êtes allergique au médicament ou à l'une de ses composantes (voir la section Les ingrédients non médicinaux importants);
- prenez actuellement ou avez pris récemment des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), (y compris certains types d'antidépresseurs ou de traitements antiparkinsoniens). (Voir INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).

L'ingrédient médicamenteux est :

La mirtazapine

Les ingrédients non médicinaux importants sont :

Lactose monohydraté, hydroxypropylcellulose, amidon de maïs, silice colloïdale anhydre, hydroxypropylcellulose à faible

degré de substitution et stéarate de magnésium.

Les ingrédients d'enrobage :

Opadry Jaune 20A52560 (15 mg) : contient hydroxypropylcellulose, hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp), dioxyde de titane et oxyde de fer jaune.
Opadry Brun 20A56788 (30 mg) : contient hydroxypropylcellulose, hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp), dioxyde de titane, oxyde de fer jaune, oxyde de fer rouge et oxyde de fer noir.

Opadry Blanc 20A58806 (45 mg) : contient hydroxypropylcellulose, hydroxypropylcellulose (2910/hypromellose 6 cp) et dioxyde de titane.

Les formes posologiques sont :

Comprimés de 15 mg : comprimés pelliculés jaunes, biconvexes, en forme de capsules, portant l'inscription '0' et '8' de part et d'autre d'une rainure d'un côté et 'A' de l'autre. Offerts en plaquettes alvéolées de 30 et 100 comprimés, et en flacons PEHD de 30, 50, 100 et 500 comprimés

Comprimés de 30 mg : comprimés pelliculés brun rougeâtre, biconvexes, en forme de capsules, portant l'inscription '0' et '9' de part et d'autre d'une rainure d'un côté et 'A' de l'autre. Offerts en plaquettes alvéolées de 30 et 100 comprimés, et en flacons PEHD de 30, 100 et 500 comprimés.

Comprimés de 45 mg : comprimés pelliculés blancs, biconvexes, en forme de capsules, portant l'inscription '0' et '10' de part et d'autre d'une rainure d'un côté et 'A' de l'autre. Offerts en plaquettes alvéolées de 30 et 100 comprimés, et en flacons PEHD de 30, 100 et 500 comprimés.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Durant un traitement avec ces types de médicaments, il est important que vous et votre médecin ayez une bonne communication à propos de ce que vous ressentez.

AURO-MIRTAZAPINE ne doit pas être administré aux enfants de moins de 18 ans.

Modifications des sentiments ou du comportement :

Il est important que vous et votre médecin ayez une bonne communication à propos de ce que vous ressentez. Il serait également utile que vous discutiez de vos sentiments et de votre traitement avec un ami ou un proche qui sera en mesure de vous dire si votre état s'aggrave.

Il peut arriver que les patients qui amorcent un traitement avec un médicament comme AURO-MIRTAZAPINE ou dont la dose est ajustée se sentent moins bien. Par exemple, vous pourriez ressentir plus d'anxiété ou penser à vous faire du mal ou à faire du mal aux autres, surtout si vous avez déjà eu des pensées de cette nature. Ces changements émotionnels peuvent

survenir chez les patients à qui l'on prescrit des médicaments comme AURO-MIRTAZAPINE, peu importe leur maladie et quel que soit leur âge. Néanmoins, il est plus probable que ces changements surviennent si vous avez entre 18 et 24 ans. Si cela devait vous arriver, consultez votre médecin immédiatement. N'interrompez pas votre traitement par AURO-MIRTAZAPINE par vous-même.

AVANT d'utiliser AURO-MIRTAZAPINE, discutez avec votre médecin ou votre pharmacien :

- si vous avez déjà souffert d'une réaction allergique à un médicament;
- si vous avez déjà présenté un allongement de l'intervalle QT/QTc ou si vous avez des antécédents familiaux d'allongement de l'intervalle QT/QTc;
- si vous souffrez d'une maladie cardiaque;
- à propos de tous vos problèmes médicaux, tels que des antécédents de crises d'épilepsie, de maladie du foie ou du rein, de problèmes cardiaques, comme certains types de troubles cardiaques pouvant modifier votre fréquence cardiaque, une crise cardiaque récente, l'insuffisance cardiaque ou la prise de certains médicaments pouvant modifier la fréquence cardiaque, de diabète, de basse tension artérielle, de glaucome (augmentation de la pression intraoculaire), de haut taux de cholestérol et (ou) de triglycérides (gras dans le sang), de difficultés à uriner en raison d'une hypertrophie de la prostate ainsi que des maladies psychiatriques comme la schizophrénie et le trouble bipolaire (exaltation/hyperactivité et humeur dépressive en alternance);
- à propos de tout médicament que vous prenez (avec ou sans ordonnance) (voir la section suivante pour les interactions avec AURO-MIRTAZAPINE);
- à propos de tous les produits naturels ou à base de plantes médicinales que vous prenez (le millepertuis, par exemple);
- si vous êtes enceinte ou si vous pensez le devenir ou encore, si vous allaitez un nourrisson;
- à propos de vos habitudes de consommation d'alcool;
- si vous avez une intolérance au galactose ou un syndrome de malabsorption du glucose-galactose héréditaire.

AURO-MIRTAZAPINE ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 18 ans.

Ne faites pas d'activités qui puissent comporter des dangers, comme conduire une voiture ou utiliser une machine dangereuse, jusqu'à ce que vous soyez certain que ce médicament n'entrave pas votre vigilance ou votre coordination physique.

Consultez votre médecin avant d'arrêter de prendre AURO-MIRTAZAPINE ou d'en réduire la dose. Divers symptômes, notamment étourdissement, rêves anormaux, sensations de décharge électrique, agitation, anxiété, difficulté de concentration, maux de tête, tremblements, nausées, vomissements, transpiration ou d'autres symptômes pourraient

se présenter après l'arrêt du traitement par AURO-MIRTAZAPINE ou une baisse de la dose. De tels symptômes peuvent aussi se présenter si le patient saute une dose. Habituellement, ces symptômes disparaissent d'eux-mêmes, sans traitement. Si des symptômes comme ceux énumérés ou d'autres surviennent, faites-en part à votre médecin immédiatement. Il se peut que votre médecin ajuste la posologie d'AURO-MIRTAZAPINE pour soulager les symptômes.

Effets chez les femmes enceintes et les nouveau-nés
Si vous prenez AURO-MIRTAZAPINE et que vous découvrez que vous êtes enceinte, vous devez aviser immédiatement votre médecin. Vous devez également consulter votre médecin si vous prévoyez devenir enceinte.

Complications possibles à la naissance (associées à la prise de nouveaux antidépresseurs, y compris AURO-MIRTAZAPINE) :

Les rapports de pharmacovigilance indiquent que certains nouveau-nés dont les mères ont été traitées pendant la grossesse avec un ISRS (inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine), ou avec d'autres antidépresseurs plus récents tels qu'AURO-MIRTAZAPINE, ont connu à la naissance des complications nécessitant une hospitalisation prolongée, une aide respiratoire et une alimentation par intubation. Les symptômes rapportés comptent : difficultés respiratoire et (ou) alimentaire, crises convulsives, muscles tendus ou trop relâchés, bougeotte et pleurs incessants. Dans la plupart des cas, il y avait eu traitement avec l'un des plus récents antidépresseurs pendant le troisième trimestre de la grossesse. Ces symptômes correspondent à un effet indésirable direct de l'antidépresseur sur le bébé ou possiblement à une réaction de sevrage causée par l'arrêt soudain de l'apport du médicament. Ces symptômes vont habituellement disparaître avec le temps. Cependant, si votre bébé est aux prises avec l'un de ces symptômes, contactez votre médecin dès que possible.

Si vous êtes enceinte et prenez un ISRS, ou un autre antidépresseur plus récent, tel que la mirtazapine, vous devriez discuter avec votre médecin des risques et avantages des différentes options de traitement offertes. Il est très important de NE PAS cesser la prise de ces médicaments sans en parler d'abord avec votre médecin. Voir également EFFETS SECONDAIRES ET MESURES À PRENDRE.

INTERACTIONS AVEC CE MÉDICAMENT

Interactions médicaments importantes
Ne prenez pas AURO-MIRTAZAPINE si vous prenez ou avez récemment pris les médicaments suivants :

- Inhibiteurs de la monoamine oxydase (par exemple, phénelzine, tranlycypromine, moclobémide, sélégiline, linézolide, bleu de méthylène)
- Thioridazine
- Pimozide

Vous devriez aviser votre médecin si vous prenez ou avez récemment pris des médicaments (sur ordonnance, en vente libre ou naturels/herbes médicinales), surtout s'il s'agit des suivants :

- d'autres antidépresseurs, tels que des ISRS, la venlafaxine et certains antidépresseurs tricycliques
- d'autres médicaments qui affectent la sérotonine, tels que le tryptophane, les triptans, le lithium, le tramadol, le bleu de méthylène (utilisé pour le traitement des taux élevés de méthémoglobine dans le sang) et le millepertuis
- le kétoconazole (médicament pour le traitement des infections à champignon)
- la cimétidine (pour le traitement du reflux et des ulcères d'estomac)
- l'érythromycine [pour le traitement des infections bactériennes (antibiotique)]
- les médicaments utilisés pour traiter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), tels qu'une association de fosamprenavir et de ritonavir
- la néfazodone (pour le traitement de la dépression);
- certains médicaments utilisés pour traiter l'épilepsie, tels que la carbamazépine et la phénytoïne
- la rifampicine (pour le traitement de la tuberculose)
- la warfarine (pour la prévention des caillots sanguins)
- les benzodiazépines (p. ex., le midazolam, l'oxazépam et le diazépam) - car AURO-MIRTAZAPINE pourrait accroître les effets sédatifs de ces agents.
- les médicaments pouvant modifier la fréquence cardiaque, comme certains antibiotiques et antipsychotiques.

Évitez les boissons alcoolisées pendant que vous prenez AURO-MIRTAZAPINE.

UTILISATION APPROPRIÉE DE CE MÉDICAMENT

Posologie habituelle chez l'adulte :

Il est très important que vous preniez AURO-MIRTAZAPINE exactement comme votre médecin vous l'a prescrit. La plupart des personnes prennent de 15 à 45 mg/jour.

Comment prendre AURO-MIRTAZAPINE :

- N'augmentez ou ne diminuez jamais votre dose d'AURO-MIRTAZAPINE, ou celle des personnes sous vos soins si vous êtes un soignant ou gardien, à moins que votre médecin ne vous le demande. De plus, consultez votre médecin avant de cesser d'utiliser ce médicament. (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS lors d'un traitement par AURO-MIRTAZAPINE).
- Certains symptômes pourraient commencer à diminuer en l'espace d'environ 2 semaines, mais les améliorations les plus importantes pourraient prendre plusieurs semaines. Continuez de suivre les instructions de votre médecin.
- Les comprimés doivent être pris à la même heure chaque jour, de préférence le soir en dose unique (au coucher). Ne les mâchez pas.

- Prenez vos comprimés jusqu'à ce que votre médecin vous dise d'arrêter. Le médecin pourrait vous demander de prendre votre médicament pendant plusieurs mois. Suivez les instructions du médecin.
- Ne doublez pas votre dose si vous avez oublié de prendre votre médicament.
- Si vous oubliez de prendre un comprimé le soir, n'en prenez pas un le lendemain matin, mais attendez plutôt le soir (au coucher) pour continuer votre traitement avec votre dose habituelle.

Surdose :

Si vous croyez avoir pris une trop grande quantité d'AURO-MIRTAZAPINE, communiquer avec votre professionnel de la santé, le service des urgences de l'hôpital ou le centre antipoison de votre région sans tarder, même en l'absence de symptômes.

Les signes les plus probables d'une surdose d'AURO-MIRTAZAPINE (pris sans autres médicaments ou alcool) sont la somnolence, une désorientation et une fréquence cardiaque accrue. Les symptômes d'une surdose possible peuvent comprendre une modification de votre fréquence cardiaque (battements de cœur rapides ou irréguliers) ou des évanouissements. Ces symptômes peuvent être évocateurs d'une affection potentiellement mortelle, appelée une torsade de pointes.

Dose oubliée :

Ne doublez pas votre dose si vous avez oublié de prendre votre médicament. Si vous oubliez de prendre un comprimé le soir, n'en prenez pas un le lendemain matin, mais attendez plutôt le soir (au coucher) pour continuer votre traitement avec votre dose habituelle.

PROCÉDURES À SUIVRE EN CE QUI CONCERNE LES EFFETS SECONDAIRES

Comme pour tout médicament, AURO-MIRTAZAPINE peut causer certains effets secondaires. Il est possible que vous n'en ressentiez aucun. Chez la plupart des patients, les effets secondaires seront probablement mineurs et temporaires. Cependant, certains effets peuvent être graves. Certains de ces effets secondaires peuvent être reliés à la dose. Consultez votre médecin si vous ressentez ces effets secondaires, ou tout autre effet secondaire, puisqu'il pourrait s'avérer nécessaire d'ajuster votre dose.

Les suivants ne sont pas les seuls effets secondaires que vous pourriez ressentir lors de la prise d'AURO-MIRTAZAPINE. Si vous ressentez tout effet secondaire autre que ceux énumérés ci-dessous, communiquez avec votre professionnel de la santé.

- Les effets secondaires les plus courants (> 10 %) comprennent : somnolence, sécheresse buccale, appétit accru, constipation et gain de poids.

- Parmi les autres effets secondaires, on compte : fatigue (se sentir faible); enflure (généralement des chevilles ou des pieds), étourdissements ou faiblesses occasionnels (surtout lorsque vous vous levez rapidement d'une position couchée ou assise); démangeaisons; tremblements; rêves anormaux; éruption cutanée; taux élevés de lipides dans le sang; infections des voies urinaires, sensations anormales de la peau (p.ex., sensations de brûlure ou de piqûres, chatouillements ou picotements);

Diminution des globules blancs

Si vous présentez des signes d'infection comme une soudaine fièvre élevée que vous ne pouvez-vous expliquer, des frissons, un mal de gorge ou des plaies buccales ou nasales, avisez votre médecin sans tarder. Dans de rares cas, AURO-MIRTAZAPINE peut causer une diminution des globules blancs, qui sont nécessaires pour contrer les infections.

Apparition ou aggravation de troubles émotionnels ou comportementaux

Un petit nombre de patients prenant un médicament de ce type pourraient se sentir moins bien plutôt que mieux et présenter de nouveaux troubles ou une aggravation de ceux-ci. Par exemple, ces patients pourraient ressentir de l'agitation, de l'hostilité ou de l'anxiété inhabituelles, ou avoir des pensées suicidaires. Vous devez en informer votre médecin sans tarder si de tels changements surviennent. Une surveillance étroite par un médecin est nécessaire dans de tels cas. N'interrompez pas votre traitement de votre propre initiative. Voir également MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS.

Symptômes de sevrage

Communiquez avec votre médecin avant de cesser votre traitement par AURO-MIRTAZAPINE ou d'en réduire la dose. On a signalé des symptômes comme les étourdissements, les rêves anormaux, les sensations de décharge électrique, l'agitation, l'anxiété, les troubles de la concentration, les céphalées, les tremblements, les nausées, les vomissements, la sudation et d'autres symptômes après l'arrêt d'un traitement par AURO-MIRTAZAPINE. Ces symptômes s'estompent généralement sans qu'un traitement soit nécessaire. Avisez votre médecin immédiatement si vous présentez ces symptômes ou tout autre symptôme. Il est possible que votre médecin ajuste votre posologie d'AURO-MIRTAZAPINE pour alléger vos symptômes. Voir MISES EN GARDE DE PRÉCAUTIONS pour de plus amples renseignements.

Effets sur les nouveau-nés

Certains nouveau-nés dont la mère a reçu un ISRS ou d'autres antidépresseurs plus récents pendant la grossesse ont présenté des symptômes comme de la difficulté à respirer ou à s'alimenter, la bougeotte et des pleurs incessants. Si votre bébé présente un de ces symptômes, communiquez avec votre médecin dès que possible. Voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS pour de plus amples renseignements.

| EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCE ET PROCÉDURES À SUIVRE | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| Symptôme / effet | Consultez votre professionnel de la santé | | Cessez de prendre le médicament et demandez des soins médicaux d'urgence |
| | Seulement pour les effets secondaires graves | Dans tous les cas | |
| Fréquents | | | |
| Somnolence qui peut nuire à la concentration, généralement durant les premières semaines du traitement | √ | | |
| Prise de poids | √ | | |
| Peu fréquents | | | |
| Agressivité | | | √ |
| Rares | | | |
| Ecchymoses (bleus) et (ou) saignements inhabituels et symptômes d'infection tels qu'une forte fièvre subite, des maux de gorge, la formation d'ulcères dans la bouche, d'importants problèmes digestifs ou d'autres signes d'infection (symptômes de trouble des cellules du sang) | | √ | |
| Convulsions (perte de conscience avec des tremblements incontrôlables) | | | √ |
| Évanouissement / perte de conscience | | √ | |
| Cauchemars / rêves d'apparence réelle, agitation ou confusion | | √ | |
| Hallucinations (visions ou sons étranges) | | √ | |
| Manie (joie ou irritabilité excessive, pensées qui défilent, énergie débordante, graves troubles du sommeil, comportement téméraire) | | | √ |
| Acatésie (agitation et incapacité à rester en place) | √ | | |
| Mouvements brusques et incontrôlés | √ | | |
| Jambes agitées (sensation d'agitation durant la nuit qui touche surtout les jambes et qui s'accompagne de contractions musculaires brusques dans les | √ | | |

| EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCE ET PROCÉDURES À SUIVRE | | | |
|--|--|-------------------|--|
| Symptôme / effet | Consultez votre professionnel de la santé | | Cessez de prendre le médicament et demandez des soins médicaux d'urgence |
| | Seulement pour les effets secondaires graves | Dans tous les cas | |
| jambes) | | | |
| Douleur aux articulations ou aux muscles | | √ | |
| Jaunisse (coloration jaune des yeux ou de la peau, urine foncée) | | | √ |
| Symptômes de dépression (anxiété et difficulté à dormir) | √ | | |
| Graves réactions cutanées comme le syndrome Stevens-Johnson (fièvre, éruption cutanée, ganglions enflés, urticaire, plaies buccales, irritation oculaire ou enflure des lèvres ou de la langue) | | | √ |
| Faible taux de sodium sanguin (sensation de malaise avec symptômes de faiblesse, somnolence, confusion, associés à des muscles douloureux, raides ou mal coordonnés) | | | √ |
| Douleurs abdominales et nausées; ces symptômes peuvent évoquer une inflammation du pancréas (pancréatite) | √ | | |
| Très rare | | | |
| « Toxicité sérotoninergique » (réaction qui peut entraîner de l'agitation, des bouffées de chaleur, des contractions musculaires, des mouvements involontaires des yeux, une forte transpiration, une hausse de la température corporelle (>38 °C), ou une rigidité muscles) | | | √ |
| Voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS | | | |
| Modifications des sentiments ou du comportement (colère, anxiété, idées suicidaires ou de violence) | | | √ |
| Inconnus | | | |
| Fréquence cardiaque anormale, palpitations, évanouissements | | √ | |

| EFFETS SECONDAIRES GRAVES : FRÉQUENCE ET PROCÉDURES À SUIVRE | | | |
|--|--|-------------------|--|
| Symptôme / effet | Consultez votre professionnel de la santé | | Cessez de prendre le médicament et demandez des soins médicaux d'urgence |
| | Seulement pour les effets secondaires graves | Dans tous les cas | |
| Rhabdomyolyse (urine très foncée (« couleur thé »), sensibilité et/ou douleur musculaire) | | √ | |
| Augmentation du taux de l'hormone prolactine dans le sang (hyperprolactinémie, y compris des symptômes comme une augmentation du volume des seins ou un écoulement laiteux du mamelon) | | √ | |
| Somnambulisme | | √ | |
| Érection prolongée et douloureuse | | | √ |

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

COMMENT CONSERVER LE MÉDICAMENT

Gardez à la température ambiante (15 °C à 30 °C).
Protégez de la lumière.

Déclaration des effets secondaires

Vous pouvez signaler tout effet secondaire soupçonné d'être associé à l'emploi des produits de santé à Santé Canada :

- en visitant la page web sur la Déclaration des effets indésirables (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada/declaration-effets-indesirables.html>) pour l'information relative à la déclaration en ligne, par la poste ou par télécopieur; ou
- en composant le numéro sans frais 1-866-234-2345

REMARQUE : Si vous avez besoin de renseignements concernant la prise en charge des effets secondaires, communiquez avec votre professionnel de la santé. Le Programme Canada Vigilance ne fournit pas de conseils médicaux.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

Si vous voulez de plus amples renseignements à propos d'AURO-MIRTAZAPINE :

- Consultez votre professionnel de la santé.
- Vous trouverez la monographie complète du produit rédigée pour les professionnels de la santé qui comprend ces Renseignements pour les patients sur les médicaments en visitant le site web de Santé Canada (<https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/switchlocale.do?lang=fr&url=t.search.recherche>); le site Web du fabricant (<http://www.auropharma.ca>) ou en appelant au 1-855-648-6681.

Ce dépliant a été rédigé par :

Auro Pharma Inc.

3700, avenue Steeles Ouest, Suite 402
Woodbridge, Ontario, L4L 8K8
Canada

Date de révision : Le 10 septembre 2020.