

PV INFO

N°39 – Juin 2004

Actualités en Pharmacovigilance

(sur r : echange/pharmacovigilance/pvinfo pour réseau HUS)

ou <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/pharmaco/>

CENTRE REGIONAL DE PHARMACOVIGILANCE ALSACE
INFORMATION SUR LE MEDICAMENT
Hôpital Civil, 1 place de l'Hôpital
67091 STRASBOURG CEDEX
☎ ligne directe : 16 480 (ou 03.88.11.64.80)
ou 17 056 (ou 03.88.11.67.68 poste 17 056)
fax : 03.88.11.64.31
E-mail : pharmacovigilance@chru-strasbourg.fr
Messagerie de l'hôpital : AltM, ImbsJL, LatesS, WelschM

Le centre a pour mission de répondre à vos **questions sur les médicaments** (bon usage, effets indésirables, modifications de posologies ou d'indications, interactions, risques pendant la grossesse, l'allaitement ou selon d'autres terrains particuliers).

Les **notifications d'effets indésirables médicamenteux** y sont reçues et analysées. La loi rend obligatoire la notification des effets indésirables graves ou nouveaux au Centre Régional de Pharmacovigilance.



Les **liens hypertexte** sont en rouge: __@__ et un clic de souris sur ces liens permet d'accéder directement au **site internet** ou **au paragraphe concerné**.

DANS CE NUMERO :

Angiologie	Antithrombine recombinante
Cardiologie	AINS et insuffisance cardiaque
	Stéroïdes anabolisants et hypertrophie ventriculaire gauche
Gastro-entérologie	AINS et hémorragie digestive
Gynécologie	Grossesse et médicaments
Nutrition	Obésité androïde et résistance à l'insuline
Pneumologie	Bêta2-stimulants chez l'asthmatique
Réanimation	Réanimation et solutions d'électrolytes ou d'albumine
Rhumatologie	COXIBs chez la personne âgée et risque cardio-vasculaire
Urologie	Incontinence urinaire et anticholinestérases
Divers	Information des prescripteurs : les rapports publics d'évaluation (RapPE)
	Enseignement de l'essai clinique des médicaments

Remarques : Les disciplines médicales sont rangées par ordre alphabétique..

A ANGIOLOGIE

ANTITHROMBINE RECOMBINANTE

Les laboratoires GENZYM produisent une antithrombine humaine recombinante (rhAT) ou Atryn® produite dans le lait de chèvres transgéniques transfectées de façon à exprimer rhAT dans leur glande mammaire. Deux litres de lait permettent d'obtenir 1 g de produit purifié, présenté en ampoules de 250 mg pour administration i.v.. Si elle obtenait une AMM, Atryn® pourrait être indiquée chez les patients atteints d'une déficience congénitale en antithrombine (anticoagulant endogène) pour la prévention des thromboses veineuses profondes dans des situations à risque en association avec l'héparine. Sa sécurité d'emploi, et en particulier son immunogénicité, restent à évaluer.

[Retour sommaire](#)

C CARDIOLOGIE

AINS ET INSUFFISANCE CARDIAQUE

Qu'ils soient COX-2 sélectifs ou non, tous les AINS peuvent altérer la fonction rénale ou d'élever la pression artérielle, effets susceptibles d'aggraver une insuffisance cardiaque. Une étude¹ comparant environ 14 500 patients traités par **rofécoxib** (Vioxx®), 18 000 par **célécoxib** (Celebrex®), 5 000 par un AINS non sélectif et 100 000 témoins ne prenant pas d'AINS retrouve ce risque. Par rapport à l'absence d'AINS, le rofécoxib et les autres AINS, mais pas le célécoxib, multiplient par 1,8 le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Cette étude de cohorte est rétrospective et soumise à des biais potentiels : elle ne peut tenir compte des différences de posologies, de l'observance, des automédications associées et des facteurs de risque tels que l'apport sodé.

La question d'un moindre risque cardio-vasculaire de certains COXIBs justifie la réalisation d'essais cliniques prospectifs. Le célécoxib pourrait se particulariser par une demi-vie d'élimination moins longue que le rofécoxib, dont la pharmacocinétique saturable pourrait favoriser une accumulation. Enfin, le célécoxib est le moins sélectif, le rapport des concentrations inhibitrices de moitié de l'activité COX-1 sur COX-2 étant de 7,6 pour le célécoxib, 30 pour le valdecoxib et 35 pour le rofecoxib². Mais alors, si la sélectivité COX-2 augmente le risque d'insuffisance cardiaque, ce que l'on gagne en sécurité d'emploi sur le plan digestif, ne le perd-on pas sur le plan cardio-vasculaire ? Y-a-t-il un degré de sélectivité plus favorable à un tel compromis ?

1. MANDANI M. et al. *Lancet*, 2004 : 363 : 1751-56.

2. RIENDEAU D. et al., *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 2001, 296 : 558-66.

[Retour sommaire](#)

STEROIDES ANABOLISANTS ET HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE

L'emploi des stéroïdes androgènes anabolisants¹ par les haltérophiles ou les culturistes pour augmenter leur masse musculaire comporte de nombreux risques : hypogonadisme, atrophie testiculaire, altération de la spermatogenèse, alopecie, acnée, gynécomastie, atteinte hépatique et risques cardiaques. Ceux-ci viennent d'être précisés quant à leur durée : le dopage prolongé par ces produits induit une hypertrophie ventriculaire gauche (s'ajoutant à l'hypertrophie

physiologique du sportif) avec troubles de la relaxation diastolique, cause d'arythmies et de mort subite. Une étude récente² montre que l'hypertrophie ventriculaire gauche concentrique, persiste plusieurs années après l'arrêt du dopage.

1. Voir la liste des substances dopantes au début du Dictionnaire Vidal 2004, page XVII
2. URHAUSEN A. et al. Are the cardiac effects of anabolic steroid abuse in strength athletes reversible ? *Heart*, 2004, 90 : 496-501.

[Retour sommaire](#)

G GASTRO-ENTEROLOGIE

AINS ET HEMORRAGIE DIGESTIVE

Une étude cas-témoin multicentrique (18 hôpitaux espagnols ou italiens) publiée récemment¹ a permis de mesurer l'incidence chez l'adulte des hémorragies gastro-intestinales à 401 cas par million d'habitants et par an. Elle confirme le poids des AINS dans cette pathologie : 38% des cas (soit 152 hémorragies par million d'habitants et par an) prenait un (ou plusieurs) AINS au cours des 14 jours précédant l'hémorragie. L'étude porte sur une période (1998 à 2001) pendant laquelle l'exposition aux COXIBs était insuffisante dans la population étudiée pour porter un jugement assuré sur leur tolérance digestive.

1. LAPORTE J.R. et al. *Drug Safety* 2004, 27 : 411-20.

[Retour sommaire](#)

G GYNECOLOGIE

GROSSESSE ET MEDICAMENTS

Les praticiens-conseils dans le cadre de l'URCAM d'Alsace ont analysé les prescriptions médicamenteuses faites aux femmes enceintes de la région entre mai 2002 et octobre 2003. L'objectif est de contribuer au bon usage du médicament en repérant d'éventuels risques. Quatre mille sept cent quatre vingt dix huit femmes enceintes ont reçu des prescriptions de médicaments déconseillés voire contre-indiqués durant la grossesse. Elles étaient âgées en moyenne de 28,6 ans (extrêmes 16 à 51 ans). Cette analyse permet de baser une information sur des exemples réels que nous nous proposons d'exposer régulièrement dans PV-INFO.

Tous les AINS (y compris l'aspirine à dose supérieure à 500 mg/jour et les COXIBs) sont contre-indiqués pendant la grossesse à partir du 6^e mois (lettre de l'AFSSAPS aux professionnels de santé du 12.12.03). Ces médicaments peuvent être responsables d'une toxicité fœtale ou néonatale grave consécutive à la vasoconstriction résultant de l'inhibition de la synthèse de prostaglandines. Même en prise très brève, les AINS risquent de provoquer :

- une insuffisance rénale, transitoire ou laissant des séquelles ;
- une vasoconstriction in utero du canal artériel, pouvant entraîner une insuffisance cardiaque droite ou/et une hypertension artérielle pulmonaire chez le nouveau-né.

L'étude des prescriptions menée par les praticiens-conseils a relevé une ou plusieurs prescriptions d'AINS par voie orale au cours du dernier trimestre de la grossesse chez 248 femmes, dont 47 au cours du 9^e mois. Parmi ces 248 femmes, 48 ont eu une prescription d'aspirine en spécialité dosée à plus de 500 mg, dont 7 au cours du 9^e mois. En dehors de l'aspirine, il s'agissait le plus souvent d'ibuprofène (52 femmes) dont la moitié sous forme de Rhinadvil® ou de Nifluril® (22 femmes). Les COXIBs n'apparaissent que dans 4 prescriptions.

[Retour sommaire](#)

N NUTRITION

OBESITE ANDROÏDE ET RESISTANCE A L'INSULINE

La résistance à l'insuline accompagnant l'obésité androïde est à l'origine du diabète non insulino-dépendant (ou de l'intolérance au glucose) du syndrome métabolique avec ses risques majeurs de morbidité cardio-vasculaire. A priori, il était logique de penser que la suppression chirurgicale d'une partie du stock de tissu adipeux sous-cutané ne suffirait pas à corriger la résistance à l'insuline. C'est à présent démontré : la liposuction drainant chirurgicalement 6 à 8 kg de graisse sous-cutanée ne modifie pas les marqueurs biologiques de la résistance à l'insuline¹. L'intervention n'a de résultat que cosmétique. C'est bien l'exercice physique et la réduction des apports alimentaires qui sont nécessaires à la prise en charge des conséquences de l'obésité androïde.

1. KLEIN S. et al. *N. Engl. J. Med.* 2004, 350 : 2549-57.

[Retour sommaire](#)

P PNEUMOLOGIE

BETA₂-STIMULANTS CHEZ L'ASTHMATIQUE

Les bêta₂-stimulants de longue durée d'action, tels le **salmétérol** (Serevent®, *laboratoire GlaxoSmithKline*) ou le **formotérol** (Foradil®, *laboratoire Novartis*) sont remarquablement efficaces dans le traitement de l'asthme et des bronchopathies chroniques obstructives. Leur sécurité d'emploi au long cours a été discutée après qu'aient été évoqués un risque de décès majoré chez des asthmatiques traités au long cours par l'isoprénaline ou le fénotérol, ainsi qu'un moins bon contrôle de la bronchoconstriction après une prise au long cours de salbutamol (par ex. Ventoline®).

Hall¹ vient d'émettre une hypothèse pour expliquer ces risques éventuels. Il rappelle que le bénéfice des bêta-stimulants dans le traitement de l'asthme tient à l'addition de deux effets pharmacologiques : une bronchodilatation (due à l'activation par l'AMP cyclique d'une protéine kinase responsable de la relaxation musculaire lisse) et la prévention de l'hypersensibilité aux stimuli bronchoconstricteurs particuliers à l'asthmatique. Parmi ces stimuli, trouve place l'activation d'une phospholipase C résultant de la stimulation de récepteurs muscariniques (par ex. par l'acétylcholine) et entraînant une bronchoconstriction.

Expérimentalement, l'expression de cette phospholipase C est accrue chez des souris génétiquement modifiées « hyperexprimant » les récepteurs bêta₂-adrénergiques² comme si une balance physiologique existait entre des mécanismes pharmacologiques de bronchodilatation et de bronchoconstriction. Hall¹ suggère que le traitement au long cours par des bêta₂-stimulants majore la réponse aux agents bronchoconstricteurs en augmentant l'activité de la phospholipase C.

1. HALL I.P. *The β-agonist controversy revisited. Lancet* 2004, 363 : 183-4.

2. Mc GRAW et al. *J. Clin. Invest.* 2003, 112 : 619-26.

[Retour sommaire](#)

R REANIMATION

REANIMATION ET SOLUTIONS D'ELECTROLYTES OU D'ALBUMINE

De longue date, la question est posée de savoir laquelle des solutions d'électrolytes (le « sérum physiologique ») ou d'albumine est le meilleur choix pour un malade nécessitant une réanimation. En 1998, une méta-analyse regroupant 24 études et 1 419 patients suggérait que la perfusion d'une solution d'albumine augmentait de 6% le risque absolu de mortalité par rapport aux solutions d'électrolytes¹. En 2001, une nouvelle méta-analyse de 55 études, globalisant 3 504 malades, ne trouvait pas de différence entre les deux traitements².

Une nouvelle étude³ pose la question suivante : dans une population de malades graves traités en unité de soins intensifs et nécessitant un apport liquidien, quel est l'effet sur la mortalité en 28 jours de l'albumine à 4% par rapport à celui de chlorure de sodium à 0,9%. De méthodologie idéale (7 000 patients randomisés en double insu en deux groupes parallèles) avec une puissance statistique de 90%, cet essai multicentrique ne montre pas de différence entre les deux traitements.

1. *Brit. Med. J.* 1998, 317 : 235-40.
2. *Ann. Intern. Med.* 2001, 135 : 149-64.
3. *SAFE Study. A comparison of abumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. N. Engl. J. Med.* 2004, 350 : 2247-56.

[Retour sommaire](#)

R RHUMATOLOGIE

COXIBs CHEZ LA PERSONNE AGEE ET RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Les études VIGOR (*Vioxx and Gastro-intestinal Outcomes, N. Engl. J. Med.* 2000, 43 : 1520-8) et CLASS (*Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study, Am. J. Cardiol.* 2002, 89 : 425-30) ont donné des résultats discordants. Elles discutent l'hypothèse selon laquelle les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase (COX) 2 ou COXIBs majoreraient le risque cardio-vasculaire, ce que les anti-inflammatoires non stéroïdiens non sélectifs éviteraient. Cette hypothèse est fondée sur l'inhibition sélective par les COXIBs de la synthèse de prostacycline (vasodilatatrice et antiagrégant plaquettaire) dépendant de la COX-2, laissant persister une synthèse de thromboxane (vasoconstricteur et agrégant plaquettaire) dépendant de la COX-1.

Une récente étude cas-témoin¹ apporte une nouvelle information. Reprenant les données de plus de 50 000 patients âgés (81 ± 7 ans), en majorité (environ 80%) des femmes, elle associe un risque d'infarctus du myocarde accru (OR : 1,24 ; IC95% : 1,05-1,46) à l'exposition au rofécoxib (Vioxx®). Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective de relativement faible niveau de preuve.

3. *SOLOMON D.H. et al. Relationship between selective cyclooxygenase-2 inhibitors and acute myocardial infarction in older adults. Circulation* 2004, 109 : 2068-73.

[Retour sommaire](#)

U UROLOGIE

INCONTINENCE URINAIRE ET ANTICHOLINESTERASES

Chez des patients traités par des inhibiteurs de la cholinestérase (par ex. le **donepézil** ou Aricept®, *laboratoire EISAI*) la survenue d'une incontinence urinaire peut être due à l'effet cholinomimétique du médicament¹ augmentant l'activité du muscle detrusor de la vessie. La régression de l'incontinence à l'arrêt du médicament permet de faire le diagnostic différentiel avec les incontinenances urinaires dues à la démence.

1. GILL S.S. et al. *New Engl. J. Med.* 20004, 350 : 2213.

[Retour sommaire](#)

Z DIVERS

INFORMATION DES PRESCRIPTEURS : LES RAPPORTS PUBLICS D'ÉVALUATION (RapPE)

Il devenait urgent d'apporter aux prescripteurs une information plus dense et plus pratique que les monographies du dictionnaire Vidal. Ces monographies, référence reprenant la rédaction de l'AMM, deviennent peu lisibles par le praticien soucieux de s'informer car trop complètes, surtout pour celles qui relèvent d'une autorisation européenne : regardez par exemple le tableau répertoriant les effets indésirables observés lors des essais cliniques pour l'Humira® (page 16 de la première mise à jour de l'édition 2004 du Vidal).

L'AFSSAPS apporte une réponse avec ses toutes récentes fiches de « Rapport public d'évaluation » bien plus concise. Trois « RapPE » sont disponibles dès à présent (<http://afssaps.sante.fr/htm/5/rappe/indrappe.htm>) concernant Vistabel® (**toxine botulinique**), Copaxone® (**glitarimère**, traitement de la sclérose en plaques) et Certican® (**évérolimus**, immunosuppresseur pour la prévention du rejet d'organe).

[Retour sommaire](#)

ENSEIGNEMENT DE L'ESSAI CLINIQUE DES MÉDICAMENTS

Le Centre régional de pharmacovigilance Alsace organise à Strasbourg depuis plus de 10 ans le Diplôme Inter-Universitaire de Formation des Investigateurs aux Essais Cliniques des Médicaments (DIU-FIEC).

Cet enseignement est destiné aux médecins participant comme investigateurs à des essais cliniques, aux autres généralistes ou spécialistes, aux internes, aux étudiants en fin d'études de médecine, aux scientifiques préparant une thèse de sciences et aux pharmaciens intéressés. Il a pour objectif de former à la lecture critique des publications, à la conception des protocoles d'études cliniques et à leur compréhension et aux modalités du suivi des essais.

Le programme prévisionnel du DIU-FIEC est disponible en annexe.

Une réunion d'information aura lieu à l'Institut de Pharmacologie (rez-de-chaussée du bâtiment 4 de la Faculté de Médecine, 11 rue Humann 67000 Strasbourg) le mercredi 8 septembre 2004 à 15 h. Un contact est possible auparavant par courrier électronique avec

JL. IMBS (Jean-Louis.Imbs@pharmaco-ulp.u-strasbg.fr) ou Mme Labourdette, secrétaire du CRPV Alsace (Martine.Labourdette@chru-strasbourg.fr).

[Retour sommaire](#)

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Pour plus d'informations vous pouvez aller :

- sur le site Internet de **AFSSAPS** : <http://afssaps.sante.fr/> où se trouvent tous les communiqués de presse, lettres aux prescripteurs et autres publications de l'Agence.

Vous pouvez accéder directement aux bulletins de l'Agence : **Vigilances, Pharmacovigilance et Hémovigilance** sur : <http://afssaps.sante.fr/hm/5/5000.htm>

- sur le site de l'Agence du Médicament Européenne (EMEA) :

http://www.eudra.org/en_home.htm.

- sur le site de la FDA : <http://www.fda.gov/>

Abréviations et glossaire

AFSSA = Agence Française de Sécurité Sanitaire des aliments

AFSSAPS = Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM = Autorisation de mise sur le marché, accordée par le Directeur général de l'AFSSAPS après avis de la commission d'AMM

ANAES = Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ASMR = Amélioration du service médical rendu

ATU = Autorisations Temporaires d'Utilisation. Ces ATU fixent les règles d'utilisation de médicaments avant leur Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et apportant un progrès thérapeutique majeur au traitement des maladies graves ou rares. L'ATU est soit **nominative** pour un patient ou porte sur une **cohorte** de patients et est alors délivrée après avis de la commission d'AMM quand l'efficacité et la sécurité du médicament sont fortement présumées.

CPMP = Committee for Proprietary Medicinal Products = Comité des spécialités Pharmaceutiques de l'Agence du Médicament Européenne

CRPV = Centres régionaux de pharmacovigilance

DGS = Direction générale de la Santé (en France)

EMEA = European Agency for the Evaluation of Medical Products = Agence Européenne d'évaluation des Médicaments

FDA = Food and Drug Administration (Etats-Unis)

Formule de Cockroft : Clairance de la créatinine endogène calculée selon Cockroft :

- **Chez l'homme :**

$$\text{Cl}_{\text{créatinine}} \text{ en ml/min} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids en kg}}{0,814 \times \text{créatininémie en } \mu\text{mol/l}}$$

- **Chez la femme**, corriger en multipliant le résultat par 0,85

Lorsque la créatinine est exprimée en mg/ml, multiplier sa valeur par 8,8

IC = Intervalle de confiance à 95%. L'intervalle encadré par les deux valeurs mentionnées regroupe 95% des valeurs expérimentales. S'il ne couvre pas la valeur 1 (identité), la valeur du RR ou de l'OR est statistiquement significative à $p < 0,05$.

Index thérapeutique = Rapport entre les doses (ou les concentrations plasmatiques) efficaces (ou thérapeutiques) et les doses (ou les concentrations plasmatiques) non tolérées (ou toxiques).

OR = Odds Ratio ou rapport des cotes. L'interprétation de sa valeur est identique à celle du RR.

RCP = Résumé des Caractéristiques du Produit (figurant dans la monographie du dictionnaire Vidal et devant être remis intégralement au prescripteur, lors de la visite médicale par la firme pharmaceutique).

RR = Risque relatif. Dire qu'un risque relatif est de 2 signifie que le traitement étudié entraîne deux fois plus le risque étudié que le traitement choisi comme référence. S'il est égal à 1, cela revient à dire qu'il n'y a pas de différence entre les deux thérapeutiques comparées. S'il est de 0,50, le risque étudié est de moitié moindre que pour la référence.

Si vous connaissez des étudiants en médecine ou des professionnels de santé qui souhaitent recevoir le bulletin par courrier électronique, merci de le signaler au Centre régional de pharmacovigilance par mail à pharmacovigilance@chru-strasbourg.fr

ANNEXE

Juin 2004

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE FORMATION DES INVESTIGATEURS AUX ESSAIS CLINIQUES DES MEDICAMENTS (DIU-FIEC) 2003-2004
--

I. ENSEIGNEMENT A STRASBOURG

*Ces enseignements ont lieu de 20 h à 22 h un jour choisi à la convenance des inscrits
à l'Institut de Pharmacologie (11 rue Humann, Strasbourg)*

1	Présentation de l'enseignement. Remise de documents de travail. Conception et développement du médicament. Dossier préclinique.	JL. IMBS
2	Environnement juridique et réglementaire de l'essai clinique	J.P. DEMAREZ
3	Pharmacovigilance	M. WELSCH
4	Effet placebo et placebo	JL. IMBS
5	Essais de phase I	JC. ROEGEL
6	Méthodologie de l'essai clinique (1)	JL IMBS
7	Méthodologie de l'essai clinique (2)	JL. IMBS
8	Le Comité de Protection CCPPRB	P. WOLF
	Aspects pratiques et organisationnels de la conduite des études cliniques Coordonné par P. Squiban et animé par I. Didillon	
9	L'industrie pharmaceutique et le développement du médicament. Les métiers de la recherche clinique Les procédures standards (SOPs)	
10	L'organisation d'un essai clinique	
11	L'organisation d'un essai clinique (suite)	
12	La gestion de la "safety". Le Data Management et les rapports	
13	Les prestataires de services en recherche clinique (CRO) Les aspects réglementaires	
14	Méthodologie de l'essai clinique (3)	JL. IMBS
15	Méthodologie de l'essai clinique (4)	JL. IMBS
16	Pharmaco-épidémiologie	JL. IMBS
17	Essai pragmatique	JL. IMBS

18	Essai d'équivalence	JL. IMBS
19	Analyse d'un essai clinique	JL IMBS
20	Analyse d'un essai clinique	JL. IMBS
21	Inspection des essais cliniques	E. BRETON

ENSEIGNANTS A STRASBOURG

Responsable : J.L. IMBS,
Professeur de Pharmacologie clinique. ULP

E. BRETON	Médecin inspecteur, Département d'inspection des essais cliniques et non cliniques, AFSSAPS, Saint Denis.
J.P. DEMAREZ	Directeur médical. Laboratoires Pierre FABRE, Paris, Responsable de la sécurité du médicament , Juriste consultant .
I. DIDILLON	Pharmacien, Responsable du Contrôle qualité clinique et de la gestion de la pharmacovigilance, Laboratoire Transgène, Strasbourg.
J.C. ROEGEL	Pharmacologue clinicien, FORENAP, Rouffach.
P. SQUIBAN	Directeur des Affaires médicales et réglementaires, Laboratoire Transgène, Strasbourg.
M. WELSCH	Praticien Hospitalier en Pharmacologie clinique, Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance Alsace.
P. WOLF	Chirurgien, Président du CCPPRB Alsace I.

*Sauf mention différente, les enseignants sont tous médecins
ULP : Université Louis Pasteur. Faculté de Médecine*

DIU - FIEC

ENSEIGNEMENT NATIONAL

UFR LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS
Faculté de Médecine Villemin
(métro Gare de l'Est)

PROGRAMME 2003 - 2004

Lundi 29 mars 2004

09 h 00 - 13 h 00 **Evaluation en pédiatrie** G. PONS

14 h 15 - 18 h 15 **Evaluation en HTA**
Evaluation en cardiologie J.L. IMBS
F. GUEYFFIER

Mardi 30 mars

09 h 00 - 13 h 00 **Evaluation en diabétologie et**
contraceptifs oraux D. SIMON A.
CHARLES-RANDRIAMBOLONA S. FELDMAN-BILLARD
J.L. THOMAS

14 h 15 - 18 h 15 **Evaluation en psychiatrie** M. BOURIN

Mercredi 31 mars

09 h 00 - 13 h 00 **Evaluation en cancérologie** B. ASSELAIN V.
MOSSERI J. MEDIONI

14 h 15 - 18 h 15 **Evaluation en gastro-entérologie** C. CAULIN
J.F. BERGMANN
O. CHASSANY
B. HAMELIN

Jeudi 1^{er} avril

09 h 00 - 13 h 00 **Evaluation en antibiothérapie** B. SCHLEMMER
R. COHEN
J.P. SOLLET

14 h 15 - 18 h 15 **Evaluation des antalgiques**
et des anti-inflammatoires non stéroïdiens B. BANNWARTH
Evaluation des traitements de l'ostéoporose F. CAULIN

Vendredi 02 avril

09 h 00 - 13 h 00 **Evaluation chez les personnes âgées** F. PIETTE
J. ANKRI
J.M. VETEL

14 h 15 - 17 h 15 **Evaluation en bronchopneumologie** M. MOLIMARD
P. DEVILLIER