bulletin d'information
officiel de la SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE DES PHARMACIENS D'HÔPITAUX

Avril 1973, Vol. 6 No. 3

NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION À LA S.P.P.H.

RÉSULTATS DES ÉLECTIONS

Quatre postes du conseil d'administration étaient vacants suite à l'expiration du mandat des personnes suivantes:

Montréal:	Georges Elliott
Québec:	Guy Garon
Saguenay Lac St-Jean:	Denys Benoît
Cantons de l'Est:	Robert Malenfant

Seulement deux mises en nominations sont parvenues à M. Gilles Thellend à l'hôpital St-Joseph a Trois-Rivières qui agissait comme secrétaire d'élection. Une de ces mises en nomination parvenait de M. Guy Garon de la région de Québec et l'autre parvenait de M. Robert Malenfant de la région des Cantons de l'Est. Ces deux pharmaciens furent donc élus unanimement dans leur région respectives et déclarés administrateurs de la S.P.P.H. par le président d'élection Mlle Louise Tétreault, L.Phm. lors des journées pharmaceutiques de notre organisme les 1er, 2 et 3 mars 1973. Les mandats de MM. Roger Leblanc de Trois-Rivières, Michel Rivard et Yves Courchesne de Montréal, Jean Guimond de Beauce Gaspé et M. Robert Létourneau de Québec se continuaient pour une autre année.

Ces administrateurs se sont réunis et, tel que stipulé par les articles 21A et 21B des statuts, ont comblé les postes vacants en nommant Monsieur Georges Elliott pour la région de Montréal et M. Denys Benoit pour le Saguenay Lac St-Jean. Par la suite l'exécutif fut formé unanimement de la façon suivante:

Roger Leblanc:	Président
Guy Garon:	1er Vice-Président
Denys Benoît:	2e Vice-Président
Michel Rivard:	Trésorier
Yves Courchesne:	Secrétaire.

Nul doute que chacune de ces personnes fournira le maximum d'efforts pour mener à bien les destinées de la S.P.P.H. appuyés qu'ils seront par les autres administrateurs et par tous les membres de la S.P.P.H.

Par la même occasion les membres réunis en assemblée ordinaire ont voté à l'unanimité les changements proposés aux statuts de l'A.P.E.S. — (S.P.P.H.).

En effet, un des principaux changements se trouve au niveau du nom de notre organisme qui, si Québec l'approuve après les membres sera: l'Association des Pharmaciens des Établissements de Santé du Québec ou A.P.E.S. Il importe donc que chacun s'habitue dès maintenant à ce nouveau nom et sensibilise aussi tout son entourage. L'A.P.E.S. fera tous les efforts possibles pour que cette nouvelle étiquette soit connue de toutes les personnes et organismes concernés.

Le Secrétaire de l'A.P.E.S.
Yves Courchesne, L.Phm.

J'AI PÉCHÉ PAR OMISSION

Les dernières journées pharmaceutiques de la S.P.P.H. (maintenant l'A.P.E.S.) ont été un succès formidable à tous les points de vue: Enregistrement de nombreux pharmaciens. Participation massive de l'industrie, — Sujets intéressants et variés à l'ordre du jour — Organisation technique des plus efficace. — tout a marché rondement à la plus grande satisfaction de chacun. Où donc est mon péché? — Pas une seule fois je n'ai mentionné la personne responsable de ces réussites: Jeanne Lavoie.

En effet, depuis 4 mois et plus, notre consoeur s'est dépensée sans compter pour faire de cette réunion une des plus mémorables de la S.P.P.H. (A.P.E.S.) et elle a réussi cet exploit sur toute la ligne.

Je lui demande donc d'accepter ici tous nos remerciements pour les efforts déployés. Je sais pertinement la somme de travail que représentent de telles organisations et je ne puis qu'ajouter mes félicitations à celles de tous les autres. Toutefois, en plus des félicitations et remerciements, je dois m'excuser de mon impolitesse et de mon oubli: voilà c'est fait.

Donc au nom de tous accepte, ma chère consoeur, l'expression de ma sincère reconnaissance.

Yves Courchesne, L.Phm.

CONTRÔLE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

Depuis fort longtemps, la distribution des médicaments s'effectue de la pharmacie centrale. Les prescriptions sont remplies individuellement par les pharmaciens ou sous leur contrôle direct et retournées à l'étage. La redistribution est effectuée par les infirmières aux patients.

Le poste infirmier possède un cardex en plus du dossier du patient et une vérification de correspondance entre la posologie inscrite sur l'étiquette de la prescription et celle du cardex est faite avant l'administration de la dose de médicament au patient.

En plus, on retrouve aux postes infirmiers une pharmacie d'étage comprenant un plateau d'urgence et quelques médicaments, surtout des injectables et quelques liquides «per os». La réserve pharmaceutique de l'étage sera plus ou moins volumineuse dépendant du nombre de pharmaciens, des heures d'ouverture et du genre d'hôpital, soit à long ou court terme ou psychiatrique.

Le système de prescription non individualisé n'est pratiquement plus pratiqué dans nos hôpitaux.

Nous devons en conséquence admettre aujourd'hui que tous les hôpitaux pratiquent le mode de distribution des médicaments individualisée au nom du patient.

Le concept de distribution individualisée doit être différencié du concept de la présentation «unidose», consistant à avoir un médicament pré-emballé en dose unique.

L'important dans la distribution des médicaments est de situer à quel niveau le pharmacien devra contrôler l'acheminement du médicament au patient.

J'ai admis précédemment qu'actuellement les doses de médicaments étaient administrées à la dose unitaire. Où le pharmacien devrait-il intervenir dans le contrôle de distribution des médicaments? Deux paliers de contrôle s'offrent à lui: la pharmacie centrale et la pharmacie satellite.

a) **Pharmacie centrale**

Le système de distribution centralisé empêche, et c'est facile à comprendre, le pharmacien d'effectuer un réel contrôle sur la médication. Il est certain que le patient a les bons médicaments mais est-on certain qu'ils sont administrés aux conditions optimales d'efficacité. Là je me pose des questions, non pas que je veuille déprécier qui que ce soit, mais je ne crains pas d'affirmer que le pharmacien ne peut donner l'information complète sur l'administration d'un médicament sur une étiquette à prescription.

b) **Pharmacie satellite**

La pharmacie satellite est le prolongement de la pharmacie centrale. Elle se situe sur les unités de soins. Elle comprend outre les médicaments des patients et au commun, un système de dossier-médicaments **tenu à jour par un pharmacien.** Ce dossier fournit l'information pertinente sur les heures d'administration de médicaments, leurs interactions, leurs réactions secondaires à surveiller, leurs réactions sur les épreuves de laboratoire, etc...

Le pharmacien doit être aussi près du patient que possible. Je ne veux pas rivaliser avec les médecins, les infirmières ou tout autre professionnel de la santé qui possède autant de qualités qu'on peut en posséder, cependant il existe par contre une différence indéniable entre ces professions ne serait-ce que les qualités des uns ne sont pas semblables à celles des autres. Notre principale qualité est notre connaissance pharmacologique.

Quelles seraient les implications pour les pharmaciens dans un tel système:

— Rencontre du personnel médical et infirmier.

— Plus grande possibilité de donner des informations aux infirmières et médecins.

— Accessibilité accrue au dossier du patient.

— Élaboration d'un dossier-médicaments avec information pertinente sous la main (dossier).

— Contrôle de l'administration du médicament au patient.

— Contrôle des P.R.N., des dosages liquides, des additifs aux solutés I.V., des temps d'administration des I.V.

— Contrôle des effets et réactions des médicaments sur un patient donné.

Implications pour le médecin:

— Possibilité d'avoir des informations rapidement sur un médicament et ses possibilités d'interaction.

— Certitude que ses prescriptions seront exécutées tel que demandé.

Implications pour les infirmières:

— Augmentation du temps disponible au patient.

— Diminution du souci que peut lui causer un système de distribution de médicaments souvent compliqué.

Implications pour le patient:

— Plus grande sécurité à prendre ses médicaments.

— Plus grande disponibilité du personnel qualifié: médecins, pharmaciens, infirmières.

Un tel système impliquerait une augmentation du nombre de pharmaciens dans les hôpitaux. La norme déjà établie par des Associations de Pharmaciens d'Hôpitaux d'un pharmacien par cent (100) lits, serait de ce fait atteinte.

Nous devons persuader nos administrateurs, nos médecins et le nursing de nos hôpitaux du bien fondé d'un tel système et tenter l'expérience dans un délai rapproché.

En réalisant un tel projet, nous pourrions fournir un travail plus intéressant à nos confrères, là et seulement là, nous aurons réussi à faire un pas vers l'avenir. Seul ce pas vers l'avant forcera le monde médical à mieux comprendre le rôle des pharmaciens. D'ailleurs les universités tiennent compte maintenant de cette orientation dans l'élaboration de leur programme d'enseignement. Le gouvernement devra fournir, par ses ressources, des pharmaciens non plus aux hôpitaux mais aux patients des hôpitaux.

Jean Guimond,
Pharmacien,
Hôpital de Mont-Joli Inc.,
Mont-Joli.

RABAIS OBTENUS

Suite à certaines démarches effectuées par la S.P.P.H. nous avons obtenu un tarif préférentiel à l'Hôtel Quality Inn de Montréal situé au 410 ouest rue Sherbrooke. Sur mention de votre appartenance à la S.P.P.H. ou A.P.E.S. vous bénificierez des tarifs suivants:

$17.00: Pour une chambre simple
$21.00: Pour une chambre double.

Ceux qui ont eu l'occasion de voir les chambres du Quality Inn lors de nos récentes journées pharmaceutiques ont pu s'apercevoir de la qualité et du confort qu'elles présentent.

Donc à vous d'en profiter lorsque vous venez à Montréal — Nous essayons d'obtenir la même chose dans un Hôtel de Québec.

Yves Courchesne, L.Phm.
Secrétaire
S.P.P.H. (A.P.E.S.)

L'hépatotoxicité de la Rifampicine seule semble difficile à démontrer. «Par contre son emploi en polythérapie, avec l'INH surtout, associé ou non à l'Éthambutol ou le PAS, comporte un fort potentiel ictérigène»[2]. De plus, l'apparition d'ictère semble reliée à l'état hépatique antérieur au traitement à la Rifampicine: ainsi, la fréquence sera plus élevée chez les cirrhotiques, les alcooliques, les dénutris, les tarés, v.g. diagétiques, les insuffisants rénaux, ou les patients soumis à des surdosages (15mg/kg). En résumé, il apparaît que «l'hépatoxicité de la Rifampicine est faible par elle-même et qu'elle ne fait qu'aggraver l'hépatotoxicité d'autres drogues comme l'I.N.H. ou une hépatopathie existante (alcoolisme, hépatite en coincidence»[2].

Plomteux édicte à ce sujet certaines précautions à suivre dans la conduite du traitement pour prévenir ou atténuer les incidents hépatiques gravés avec la combinaison Rifampicine — I.N.H.[12].

1- Une élévation isolée des tests de cytolyse (SGOT, SGPT, iso LDH_5) à moins de 140 mUI pour la SGPT et 80 mUI pour la SGOT justifie une surveillance accrue, mais ne nécessite pas obligatoirement un arrêt du traitement. Toutefois Newman a stoppé le traitement chez le patient ayant une valeur de SGPTz100.

2- Au contraire, l'apparition d'un syndrôme cholostatique, beaucoup moins fréquent, mais très significatif, avec élévation de la bilirubine libre et conjuguée, cholestérol et lipidestotaux, phosphatase alcaline leucine-aminopeptidase (LAP), 5- Nucléotidases (5-Nu) et de la gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), associée à des perturbations cytolytiques claire SGOT, SGPT élevées etc...) doit rendre **extrêmement prudent:** Plomteux a en effet quatre cas d'ictère chez huit sujets dans cette dernière catégorie. Donc, dans ces cas, arrêter le traitement.

3- En bref, pour minimiser le risque des incidents hépatiques:

a) N'utiliser la Rifampicine qu'en l'absence de lésions hépatiques connues:

b) Surveiller la fonction hépatique par par des bilands répété préférablement «à un rythme précis, soit avant l'introduction de la Rifampicine, au 4e et au 11e jour de traitement, et enfin toutes les trois ou quatre semaines.»[12]

c) Ne pas dépasser 600mg/jour pour un adulte ou du moins jamais plus de 15mg/Kg/jour.

(Suite au prochain bulletin)

Ce bulletin est l'organe officiel de la S.P.P.H., C.P. 176, Station E, Montréal 151, Qué. Toute contribution doit parvenir au responsable avant le 5 du mois. Adressez vos envois à: Jean-Marie Boisclair, eL.Pharm., 2725 Chemin Ste-Foy, Québec 10, P.Q. Dépôt Légal — Bibliothèque nationale du Québec.

RECETTES ET DÉBOURSÉS au 31 décembre 1972 S.P.P.H.

Nous avons examiné l'état des recettes et déboursés de la Société Professionnelle des Pharmaciens d'Hôpitaux pour l'année terminée le 31 décembre 1972. Nous avons obtenu tous les renseignements et les explications que nous avons demandés. Notre examen a comporté une revue générale des procédés comptables et tels sondages des livres et autres preuves à l'appui que nous avons jugés nécessaires dans les circonstances.

À notre avis, autant que nous puissions en juger par les renseignements et les explications qui nous ont été donnés et d'après ce qu'indiquent les livres, cet état financier est rédigé de manière à représenter fidèlement les recettes et déboursés de votre corporation pour l'année terminée le 31 décembre 1972.

Comptables Agréés
Samson, Bélair, Côté, Lacroix.

	1972	1971
Solde en banque au 1er janvier	$ 4,516	$ 2,346
RECETTES		
Cotisations des membres	14,870	15,675
Cotisations perçues d'avance	5,200	
Sessions d'études	4,820	6,448
Intérêts	265	309
Divers	238	
	25,393	22,432
	29,909	24,778
DÉBOURSÉS		
Papeterie et impression	1,751	2,904
Téléphone	1,808	1,792
Timbres	454	580
Secrétariat	157	225
Frais de déplacements et de représentation	11,070	7,127
Sessions d'études	1,474	2,015
Honoraires professionnels	5,417	5,386
Frais de bureau	250	100
Frais de banque	55	46
Divers	408	87
	22,844	20,262
Solde en banque au 31 décembre	$ 7,065	$ 4,516

LA RIFAMPICINE

La Rifampicine est le dernier-né de la famille antibiotique des Rifamycines isolées à partir du champignon Streptomyces Méditerranéi Rifampicine est le nom officiel adopté par l'O.M.S.; Rifampin est le synonyme américain (U.S.A.N.)

1- MICROBIOLOGIE:

Cet antibiotique semisynthétique s'avère très actif contre le bacille tuberculeux; toutes les colonies en sont inhibées par des concentrations de lmcg/ml, niveau facilement atteint dans le sang aux doses recommandées. Par inhibition de la R.N.A. polymérase, la Rifampicine inhibe la synthèse protéique intramicrobienne et c'est pourquoi elle est active vis-à-vis des B.K. résistants aux autres antituberculeux connus.

La proportion de mutants résistants, (résistants à 5mcg/ml sur milieu solide de Herrold) que les concentrations habituelles de l'antibiotique laisse survivre, est basse (0.4%), soit 10 à 40 fois plus faible que pour l'isoniazide (4.2%) ou la streptomycine (1.6%).[3]

Mais attention: quoique peu nombreuses, ces souches mutantes ont une résistance très élevée et leur existence **EXIGE** une association médicamenteuse avec un autre tuberculostatique.[14] Ce serait une faute grave d'utiliser en monothérapie cet antituberculeux qui est à la fois peut-être le plus remarquable de tous, mais aussi un antibiotique vulnérable, exposant alors à une résistance rare, mais absolue, autant pour le B.K. que pour d'autres germes contre lesquels il est employé.[13]

Généralement, les souches de M. tuberculosis résistantes aux antituberculeux conventionnels sont sensibles à la Rifampicine; donc pas de résistance croisée (Méd. Letter, Mai 1970)[16]. Il y aura avantage à l'associer dans le traitement des tuberculoses résistantes à d'autres agents thérapeutiques.

La Rifampicine n'est pas indiquée dans le traitement des infections méningococciques à cause de l'émergence rapide de souches résistantes; toutefois, on peut l'employer pour éliminer le méningocoque du nasopharynx chez les porteurs asymptomatiques de Neisseria Meningitidis dans les cas où il y a fort risque de méningite à méningocoque. (Pour un adulte: 600mg/jour x 4 jours).[17] [18]

2- BIOPHARMACEUTIQUE:

L'absorption par voie digestive permet, avec une dose orale de 600mg, d'obtenir entre la 2e et la 4e heure un pic sérique d'environ 9mcg/ml. Cette concentration restera, pour une douzaine d'heures encore, supérieure à la concentration inhibitrice minimale (0.5mcg/ml), pour devenir nulle 24 heures après la prise orale.

L'action prolongée est reliée à la réabsorption intestinale d'une partie importante de la drogue éliminée sous forme active par les voies biliaires; il y a donc recirculation entéro-hépatique. La Rifampicine désacétylée par le foie (50%) subit un cycle entéro-hépatique, mais ne passe pas dans le sang; par contre, l'autre 50% non métabolisé est réabsorbé par l'intestin et vient augmenter le taux sanguin. Finalement, 2 à 3% d'une dose se retrouvera inchangé dans l'urine après 24 heures. Les métabolites inactifs sont excrétés surtout dans les selles et partiellement dans l'urine, de sorte que la fonction hépatique a beaucoup plus d'influence que la fonction rénale sur la persistance des taux sanguins (demi-vie moyenne de 3 heures).

À noter que dans les traitements prolongés on observe une légère réduction des taux plasmatiques surtout pour le premier mois de traitement[21]. Le phénomène peut s'expliquer par la stimulation des enzymes métabolisants des microsomes hépatiques (idem phenobarbital).

Dans le parenchyme pulmonaire sain, les taux s'avèrent toujours supérieurs à ceux du sang; ils y sont voisins dans les parois des cavernes et dans les scléroses et notablement inférieures dans les lésions caséeuses, quoique toujours supérieurs à la concentration inhibitrice minimale[13].

3- EFFETS SECONDAIRES ET RÉACTIONS DÉFAVORABLES:

L'expérience avec cette drogue étant encore limitée, il est difficile et impossible de porter un jugement définitif sur ses effets adverses. Toutefois, les études publiées jusqu'ici mentionnent surtout des troubles hépatiques, troubles digestifs (nausées, douleurs épigastriques pouvant survenir chez 5% des patients). Des lésions érythémato-squameuses, prurigineuses, fugaces, accompagnées ou non de sub-oedème facial sont rarement notées[13]. Il semble que ces effets secondaires sont plus susceptibles de se manifester chez les malades ayant des antécédents de dysfonction hépatique[18].

Atlas signale deux cas de troubles auditifs passagers dans l'audition des sons à basse fréquence (Amer. J. Med. Sciences, 256: 245-54, Oct. 1968); toutefois un autre auteur rapporte que «dans les conditions normales, la Rifampicine ne pénètre pas et ne se concentre pas dans le liquide de l'oreille interne. Elle ne présente pas de toxicité otovestibulaire, contrairement aux Streptomycine, Viomycine et Kanamycine»[13].

Des cas de leucopénie transitoire et diminution de l'hémoglobine, de faiblesse musculaire, troubles visuels, douleurs aux extrémités étourdissements, fièvre, engourdissements ont été rapportés. Poole nous indique des cas de thrombocytopénie, spécialement dans le régime thérapeutique basé sur des doses élevées deux fois par semaine. (Brit. Méd. J.3: 343-47, 7 Août, 1971).

La survenue d'incidents ou accidents hépatiques a retenu davantage l'attention:

1- soit à manifestation biologique, v.g. élévation transitoire des transaminases (SGOT, SGPT), parfois des phosphatases et de la bilirubine, qui régressent à l'arrêt du traitement ou même malgré sa persistance.

2- soit à manifestation biologique et clinique, c'est-à-dire l'ictère dont l'évolution demeure toujours imprévisible. En effet, l'ictère, qui apparaît généralement dans les trois premières semaines de traitement, peut être bénin et d'apparition progressive. Par contre, il y a eu «des cas d'ictères à début banal qui ont évolué rapidement vers le coma hépatique et l'ictère grave avec atrophie hépatique, hémorragies digestives effondrement des facteurs de coagulation, de l'albumine et du cholestérol»[2].