



LES ECHOS DE
PHARMACOVIGILANCE

N°51

Juin 2026

<https://www.rfcrpv.fr/>

Réseau Français des Centres
Régionaux de Pharmacovigilance

@Reseau_CRPV



Instagram

ALERTES

3

Toxicité rénale des inhibiteurs de CDK4/6 : analyse de la base nationale de pharmacovigilance

4

De nouvelles mesures pour la prescription et la délivrance du finastéride 1 mg

5

Somnambulisme sous Zolpidem

7

Chères lectrices, chers lecteurs,

1976-2026 : Comme annoncé sur le site du Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (RFCRPV) Actualités – RFCRPV, l'association des CRPV a fêté ses **50 ans** le 2 juin dernier.

Cela a été l'occasion de réunir les membres actuels des CRPV et le plaisir de retrouver les plus anciens qui ont tant apporté à notre réseau !

Le Réseau, au fil des décennies, s'est structuré et renforcé formant aujourd'hui un maillage territorial solide, et performant pour capter les signaux de sécurité (y compris faibles), avec une expertise unique.

Notre travail dépasse largement le simple recensement d'effets indésirables et la rédaction d'expertises. Au sein de chacune de nos régions et de nos établissements, nous participons activement à la prévention, à l'information et la formation sur la iatrogénèse médicamenteuse et le bon usage des médicaments. Au fil de ces 50 années, plusieurs éléments ont ébranlé ou marqué l'histoire de la pharmacovigilance, de nos centres et de notre réseau (Médiator®, Lévothyrox®, crise COVID19). Mais ce réseau a su démontrer sa robustesse, son adaptabilité et sa résilience.

Cette journée a été l'occasion de redécouvrir l'histoire de la pharmacovigilance française depuis les années 70, organisation qui a été un modèle pour les autres pays. Plusieurs problématiques actuelles ont été abordées, notamment l'importance du rôle du RFCRPV dans la lutte contre la désinformation et sa place légitime dans le bon usage du médicament.

Une table ronde, réunissant Mme la Directrice Générale de l'ANSM, des pharmaciens, un représentant d'association de patient et la Revue Prescrire, a permis d'échanger et de réfléchir au sujet très actuel de « l'efficacité dans la surveillance des médicaments ». Les échanges ont été très riches et ont permis de faire le point sur les attentes actuelles en termes de prévention et prise en charge de la iatrogénie médicamenteuse, domaine de compétence des CRPV. Il a été souligné l'importance de renforcer l'existant plutôt que de se disperser dans de nouvelles structures ou organisations, ce qui serait contreproductif et source de dépenses inutiles. De plus, cela brouillerait les messages et risquerait de faire perdre confiance dans un système qui a pourtant fait ses preuves !

La pharmacovigilance française forte de ses 50 ans d'expertise est prête à affronter l'avenir et les nouveaux défis, en restant toujours au service des professionnels de santé et des patients.

Pour l'heure, nous vous proposons dans ce 51^e bulletin, un article sur la néphrotoxicité des inhibiteurs de CDK4/6 et un sur les mesures de minimisation du risque récentes relatives au finastéride 1 mg (et non le 5 mg !), sans oublier les traditionnelles alertes des autorités de santé ainsi que le cas marquant : accès de somnambulisme en cours de traitement par zolpidem.

Bonne lecture et bel été !

CRPVs de Nancy et Dijon

Comité de rédaction :

Dr GAIFFE Anaïs, Dr COMBRET Sandrine, Dr GRANDVUILLEMIN Aurélie, Dr YELEHE Mélissa, Dr STORCK Wilhelm, Dr MOREL Aurèle

Comité de Relecture :

Dr GAIFFE Anaïs, DESCALIS Mélanie, Dr VALNET-RABIER M-Blanche, MARTIN Anne, Dr COMBRET Sandrine, Dr GRANDVUILLEMIN Aurélie, Dr AZZOUZ Brahim, Dr YELEHE Mélissa, Dr AYME -DIETRICH Estelle, Dr SIEGWART Mélina

Ontozry® (cénobamate) : surveillance hépatique renforcée.

Des cas d'atteintes hépatiques sévères avec insuffisance hépatique ont été rapportés chez des patients traités par Ontozry®, dont plusieurs dans un contexte de polythérapie avec d'autres médicaments antiépileptiques.

Dans ce contexte, l'ANSM recommande des mesures de surveillance renforcée de la fonction hépatique chez ces patients. Un bilan hépatique (ASAT, ALAT, PAL, GGT, bilirubine totale) est requis avant initiation, avec poursuite d'une surveillance pendant toute la durée du traitement. Tout signe évocateur d'une atteinte hépatique impose une évaluation clinique et biologique rapide. Une réduction de dose ou un arrêt doit être envisagé en cas d'atteinte suspectée ou confirmée.

Il est également nécessaire d'informer les patients de la nécessité de consulter rapidement en cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique.

Trileptal® (oxcarbazépine) 60 mg/mL suspension buvable : restriction d'usage chez le nouveau-né en raison du propylène glycol, identique aux mesures déjà prises pour le Tégrétol® (carbamazépine)

Après une précédente alerte concernant Tégrétol® 20 mg/mL suspension buvable, l'ANSM actualise son message et précise que Trileptal® 60 mg/mL suspension buvable est également concerné. Ces deux spécialités contiennent du propylène glycol à une concentration dépassant le seuil recommandé de 1 mg/kg/jour et exposent les nouveau-nés à un risque d'accumulation de l'excipient et d'effets indésirables graves.

Trileptal® ne doit pas être utilisé chez les nouveau-nés de moins de 4 semaines nés à terme, ni chez les prématurés de moins de 44 semaines d'âge post-menstruel, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique et sous surveillance étroite de l'osmolarité et/ou du trou anionique.

Les risques sont ceux déjà rappelés avec Tégrétol® : acidose métabolique, altération de la fonction rénale pouvant aller jusqu'à une nécrose tubulaire aiguë, insuffisance rénale aiguë et une atteinte hépatique.

Tensions d'approvisionnement en Dilantin® (phénytoïne sodique) : restriction d'usage aux enfants de moins de 5 ans.

En raison de tensions d'approvisionnement en Dilantin® 250 mg/5 mL, l'ANSM restreint temporairement son utilisation uniquement aux enfants de moins de 5 ans. Pour les autres patients, le recours au Prodilantin® (fosphénytoïne sodique) en perfusion intraveineuse reste possible en alternative.

L'ANSM rappelle qu'une vigilance particulière est requise lors de l'utilisation de Prodilantin®, en raison du risque d'erreur médicamenteuse liée à la conversion en équivalent phénytoïne sodique. La prescription doit être exprimée en mg d'équivalent phénytoïne (EP) et non en mg de fosphénytoïne pour éviter tout surdosage.

Mektovi® (binimétinib) : risque d'erreur entre les deux dosages 15 mg/45 mg.

Depuis l'arrivée du dosage 45 mg de Mektovi® en juillet 2025, des erreurs médicamenteuses liées à des erreurs de dispensation ou de confusion sur le nombre de comprimés à prendre à chaque prise ont été signalées. Les conséquences de ces surdosages peuvent être graves : cytolyse hépatique, fatigue intense, nausées, décollement séreux rétinien, hyperlipasémie.

L'ANSM rappelle la nécessité de vérifier systématiquement la cohérence entre le dosage prescrit et la posologie indiquée sur l'ordonnance ainsi que la compréhension du patient des modalités de prise. Le dosage doit être prescrit de façon explicite sur l'ordonnance. La posologie recommandée est de 90 mg/j, soit 3 comprimés de 15 mg deux fois par jour ou 1 comprimé de 45 mg deux fois par jour.

Eskétamine Renaudin® : attention au risque de surdosage en cas de confusion avec les spécialités à base de kétamine

L'ANSM alerte sur le risque d'erreurs médicamenteuses par confusion entre les spécialités d'Eskétamine Renaudin® 5 mg/mL et 25 mg/mL nouvellement commercialisées et les spécialités génériques à base de kétamine.

Les dénominations proches et le stockage concomitant des deux spécialités dans les mêmes services peuvent conduire à l'administration d'eskétamine à la place de kétamine, avec un risque de surdosage massif potentiellement fatal.

L'ANSM rappelle que l'Eskétamine Renaudin et les spécialités génériques à base de kétamine ne sont pas superposables : ni en termes d'indication, ni en termes d'effets. Ainsi, 1 mg d'eskétamine (énantiomère S(+)) n'est pas équivalent à 1 mg de kétamine. En pratique, une double vérification est recommandée lors de la préparation des solutions de perfusion, et il convient d'éviter autant que possible le stockage ou l'utilisation concomitante de ces spécialités dans un même service.

Rupture en Azactam® (aztréonam) : restriction d'usage aux infections à bacilles Gram négatif producteurs de métallo-bêta-lactamases

En contexte de rupture d'approvisionnement liée à des difficultés de fabrication, l'ANSM restreint temporairement les indications de l'aztréonam aux situations prioritaires. L'aztréonam ne doit plus être prescrit au seul motif d'une allergie aux bêta-lactamines. Son usage doit être réservé aux infections documentées à bacilles Gram négatif producteurs de métallo-bêta-lactamase ou aux défaillances hémodynamiques supposées septiques chez un patient connu colonisé ou infecté à bacille à Gram négatif producteur de métallo-bêta-lactamase dans les 3 derniers mois, en l'absence d'alternative satisfaisante.

Toute prescription doit faire l'objet d'une discussion collégiale incluant un référent antibiotique. Toute demande d'Azactam® doit faire l'objet d'un formulaire de commande dédié, à transmettre au laboratoire par le pharmacien hospitalier. La délivrance est limitée à 7 jours de traitements par commande.

Toxicité rénale des inhibiteurs de CDK4/6 : analyse de la base nationale de pharmacovigilance

Les inhibiteurs de CDK4/6, palbociclib, ribociclib et abémaciclib, ont significativement modifié la prise en charge des cancers du sein avancés RH+/HER2-. En association à l'hormonothérapie dès les premières lignes thérapeutiques, ils occupent une place centrale dans la stratégie de prise en charge de ces patients. La révolution apportée par leur administration orale a permis le développement de la prise en charge ambulatoire. Toutefois, cela nécessite une surveillance clinique et biologique régulière, afin de limiter le risque de retard diagnostique des toxicités potentielles.

Les principaux effets indésirables bien connus associés à cette classe pharmacologique comprennent des troubles digestifs (diarrhée principalement), des troubles hématologiques, une élévation des transaminases, des pneumopathies interstitielles, et un allongement de l'intervalle QT, exclusivement pour ribociclib. Cependant, les atteintes de la fonction rénale restent à caractériser. En effet, bien que l'augmentation modérée de la créatinine soit connue comme un effet de classe, une étude menée par les centres régionaux de pharmacovigilance en charge des suivis de ces produits, a entrepris d'évaluer les atteintes rénales, parfois sévères, pouvant survenir au cours du traitement.

Cette étude a été réalisée à partir des données de la Base Nationale de Pharmacovigilance sur la période allant de janvier 2016 à janvier 2024. Parmi les 1175 notifications recensées pour cette classe pharmacologique, 42 cas d'atteinte rénale suffisamment documentés ont été retenus. Tous concernaient des femmes. L'abémaciclib était impliqué dans 48% des cas, le palbociclib dans 33% et le ribociclib dans 19%.

Les atteintes observées ont été classées en trois catégories : pseudo-insuffisance rénale, insuffisance rénale liée à une déshydratation et insuffisance rénale véritable sans déshydratation.

- Pseudo-insuffisance rénale : un cas rapporté. Il s'agissait d'une augmentation réversible de la créatinine sans altération réelle du débit de filtration glomérulaire (DFG). Ce phénomène est lié à l'inhibition des transporteurs tubulaires rénaux OCT2 et MATE1/MATE2-K, responsables de la sécrétion tubulaire de la créatinine. Ce mécanisme a été identifié lors des essais cliniques et mentionné dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) des 3 représentants de la classe.

Dans le cas rapporté, l'abémaciclib a entraîné une chute apparente du DFG, estimé à partir de la créatinine, alors que le dosage de la cystatine C montrait une fonction rénale conservée. Après arrêt du traitement, les paramètres biologiques se sont normalisés. Cette distinction entre « pseudo-insuffisance rénale » et véritable atteinte rénale est essentielle en pratique clinique, d'où l'intérêt du recours à la cystatine C afin d'éviter des interruptions injustifiées de traitement.

- Insuffisances rénales aiguës (IRA) liées à la déshydratation : 17 cas retrouvés sur la période, majoritairement sous abémaciclib (82%). Ces épisodes étaient principalement associés à des troubles digestifs sévères, notamment des diarrhées, nausées et vomissements. Le délai médian de survenue était de 15 jours. L'abémaciclib est connu pour sa toxicité digestive plus marquée que celle des autres inhibiteurs de CDK4/6. Les études cliniques MONARCH avaient déjà mis en évidence cette spécificité, confirmée ici en vie réelle. Les formes observées étaient graves : trois patientes ont nécessité une hémodialyse en raison de troubles hydro-électrolytiques sévères. L'évolution a été favorable dans la majorité des cas après réhydratation et arrêt du traitement.

- Atteintes rénales intrinsèques : le point le plus marquant de cette étude concerne les 24 cas d'IRA sans déshydratation, suggérant une toxicité rénale intrinsèque des inhibiteurs de CDK4/6. Ces cas étaient majoritairement graves (92%), avec un délai médian de survenue de 14,5 jours (6-235). Deux biopsies rénales ont permis d'identifier des lésions histologiques évocatrices : une nécrose tubulaire aiguë et une néphrite tubulo-interstitielle d'évolution favorable à l'arrêt du traitement.

Des cas similaires ont déjà été publiés dans la littérature. Bien que non clairement identifiés, plusieurs mécanismes physiopathologiques sont envisagés. Les inhibiteurs de CDK4/6 pourraient induire une toxicité tubulaire directe liée à leur inhibition du cycle cellulaire et une altération de la régénération des cellules tubulaires rénales. Un mécanisme immunologique est également évoqué, notamment pour les cas de néphrite interstitielle.

Concernant les facteurs de risque, les patientes présentaient fréquemment des comorbidités cardiovasculaires ou rénales préexistantes. Près de la moitié avait déjà une insuffisance rénale chronique et plus de la moitié recevait des inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone. Ces éléments pourraient favoriser la survenue d'une toxicité rénale, même si le rôle exact des traitements associés reste difficile à établir.

Quelles implications pour la pratique ?

Bien que les inhibiteurs de CDK4/6 soient connus pour entraîner une élévation de la créatininémie, notamment par inhibition de la sécrétion tubulaire de la créatinine, les atteintes rénales organiques ne sont pas mentionnées dans le résumé des caractéristiques du produit de ces molécules. Cette étude met néanmoins en évidence l'existence possible d'une toxicité rénale directe nécessitant une surveillance adaptée chez les patients traités. Celle-ci repose notamment sur un suivi régulier de la fonction rénale, une prise en charge précoce des diarrhées afin d'éviter les épisodes de déshydratation, ainsi que sur le recours au dosage de la cystatine C en cas de doute diagnostique entre pseudo-altération et atteinte rénale réelle. Une vigilance particulière paraît également nécessaire chez les patients présentant une fonction rénale préalablement altérée.

CRPV de BESANCON

IBRANC®E (palbociclib), KISQALI® (ribociclib), VERZENIOS® (abémaciclib)

Lagarce L, Gaiffe A, Freppel R, Storck W, Cracowski JL, Briet M. Cyclin-dependent kinase inhibitors and kidney injury: Analysis of the French pharmacovigilance database. Therapies. 8 avr 2026. doi:10.1016/j.therap.2026.03.005

De nouvelles mesures pour la prescription et la délivrance du finastéride 1 mg

Le finastéride, inhibiteur sélectif de la 5- α -réductase, est indiqué à la dose de 1 mg, par voie orale ou topique dans l'alopecie androgénétique et à la dose de 5 mg dans l'hypertrophie bénigne de la prostate.

Ce médicament inhibe la 5 α -réductase humaine de type 2 (présente dans les follicules pileux du cuir chevelu) avec une sélectivité 100 fois supérieure à son activité sur la 5 α -réductase humaine de type 1. Il bloque ainsi la transformation périphérique de la testostérone en un autre androgène, la dihydrotestostérone (DHT). Chez les hommes présentant une alopecie de type masculin, le cuir chevelu des zones alopeciees contient des follicules pileux miniaturisés et des taux élevés de DHT. Le finastéride inhibe un des processus responsables de la miniaturisation des follicules pileux du cuir chevelu, ce qui peut inverser ainsi le processus de calvitie. Il participerait aussi à une diminution de la synthèse de neurostéroïdes, avec comme conséquence possible une altération de la neurotransmission gabaergique et un risque de symptômes anxieux ou dépressifs notamment chez des patients prédisposés. Cependant le mécanisme exact n'est actuellement pas clairement démontré.

En septembre 2025, l'ANSM indiquait, qu'à sa demande, une réévaluation européenne du rapport bénéfice/risque des médicaments contenant du finastéride ou du dutastéride avait été réalisée, avec confirmation d'un signal relatif à des troubles psychiatriques, incluant dépression, anxiété et idées suicidaires, ainsi que des troubles sexuels pouvant persister après l'arrêt du traitement.

En effet, l'analyse des données de pharmacovigilance dans la base nationale sur la période du 01/01/1985 au 31/05/2024, réalisée par le CRPV de Limoges, met en évidence une prédominance de ces effets indésirables chez les patients exposés au finastéride 1 mg, qui sont le plus souvent des patients jeunes, sans comorbidités significatives, pour une indication non vitale, et souvent sur des durées prolongées.

À l'inverse, le dosage à 5 mg est utilisé dans une population plus âgée, présentant une pathologie urologique symptomatique, pour laquelle le bénéfice clinique est reconnu.

Ainsi, l'ANSM considère que la balance bénéfice/risque du finastéride 1 mg est défavorable dans l'alopecie androgénétique, alors que celle du 5 mg demeure favorable dans l'hypertrophie bénigne de la prostate.

A partir de 2025, plusieurs nouvelles mesures d'information ont été mises en place :

- Les notices et résumés des caractéristiques des produits ont été modifiés afin d'ajouter explicitement le risque d'idées suicidaires parmi les effets indésirables possibles du finastéride oral.
- Une carte patient destinée à alerter les utilisateurs sur les symptômes psychiatriques et sexuels à surveiller doit également être insérée dans les boîtes de finastéride 1 mg.
- Les professionnels de santé ont été invités à informer les patients de la nécessité d'arrêter le traitement et de consulter rapidement en cas d'apparition de troubles de l'humeur, d'anxiété ou de dysfonction sexuelle persistante (qui peut aussi contribuer à l'apparition de troubles dépressifs ou d'idées suicidaires).

En 2026, l'ANSM a souhaité un renforcement des conditions de prescription et de délivrance du finastéride 1 mg.

- Depuis le 16 avril 2026, toute initiation de traitement nécessite une attestation annuelle d'information partagée, cosignée par le médecin et le patient. Cette attestation certifie que le patient a été clairement informé des bénéfices attendus mais aussi des risques psychiatriques et sexuels associés au traitement, ainsi que de la possibilité de persistance possible de certains effets après l'arrêt du traitement. Sans ce document, le pharmacien ne peut pas délivrer le médicament. L'attestation est valable un an et sera renouvelée chaque année. Il est souligné l'importance de prévoir un temps de réflexion avant de débuter le traitement, et la nécessité d'un suivi médical régulier pendant le traitement.
- Pour les patients déjà traités, cette obligation s'appliquera à partir du 16 juin 2026.

L'ANSM insiste sur le fait que certains effets indésirables peuvent apparaître après quelques jours comme après plusieurs années de traitement et qu'ils peuvent parfois persister après l'arrêt du finastéride. Les médecins doivent donc évaluer régulièrement l'état psychologique et sexuel des patients sous traitement. A noter que la prescription de ce médicament est contre-indiquée chez la femme.

En 2025, l'ANSM indiquait qu'il n'y avait actuellement pas suffisamment de preuves pour soutenir une association causale entre le finastéride topique et le risque d'idées suicidaires.

Pour les patients traités par finastéride 5 mg pour hypertrophie bénigne de la prostate, la recommandation de solliciter rapidement un avis médical en cas d'apparition de changements de l'humeur, y compris d'idées suicidaires est maintenue. Il est par ailleurs recommandé aux patients traités par du Finastéride de solliciter également rapidement un avis médical en cas de changement de l'humeur.

Pour conclure, l'initiation d'un traitement par finastéride 1 mg doit s'accompagner d'une évaluation rigoureuse des facteurs de vulnérabilité, notamment psychiatriques, ainsi que d'une information explicite sur les risques potentiels. Une surveillance clinique attentive est requise, avec interruption du traitement en cas de survenue de troubles psychiatriques. L'attestation d'information partagée, mise en place par l'ANSM, permet une surveillance renforcée de la prescription et de la délivrance de ce médicament, dont l'indication n'est pas vitale et dont certains effets indésirables graves sont désormais bien documentés.

CRPV de DIJON

ANSM : Finastéride 1 mg : une attestation d'information partagée bientôt nécessaire pour toute dispensation 05/02/2026

ANSM : finastéride et risque d'idées suicidaires : nouvelles mesures 25/09/2025

Rapport d'enquête de pharmacovigilance du CRPV de Limoges portant sur le finastéride dans l'alopecie androgénique (ouverture de l'expertise le 13/02/2024)

R C Melcangi et al. Journal of steroid Biochemistry and molecular Biology 171 (2017) 229-235

Somnambulisme sous Zolpidem

Nous rapportons le cas d'un homme d'une quarantaine d'années traité ponctuellement par zolpidem 10 mg par jour pour des épisodes d'insomnie. Sept ans après l'instauration du traitement, le patient présente des accès de somnambulisme avec amnésie au réveil. Les lendemains des prises, il constate avoir envoyé des messages, préparé de la nourriture, nettoyé son réfrigérateur, percé un mur, retrouvé ses clefs sur le contact de sa moto, etc. Neuf mois après le début de ces accès de somnambulisme, le patient fait le lien entre ces comportements nocturnes inhabituels et la prise de zolpidem. Il décide d'arrêter le médicament et de consulter son médecin. L'issue clinique n'est pas connue.

Le zolpidem est une imidazopyridine hypnotique apparentée aux benzodiazépines et il est doté d'une durée d'action courte (demi-vie d'élimination plasmatique en moyenne de 2,4 heures (0,7-3,5 heures)). Il a pour effet d'induire le sommeil par une modulation allostérique positive des récepteurs GABA-A. Le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) des spécialités de zolpidem mentionnent le somnambulisme comme effet indésirable peu fréquent. Les comportements complexes du sommeil peuvent se produire dès la première prise et

à tout moment au cours du traitement. La consommation d'alcool ou d'autres dépresseurs du système nerveux central (dérivés morphiniques, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs, antihistaminiques sédatifs, ...) avec le zolpidem, ainsi que la prise de zolpidem à des doses supérieures à la dose maximale recommandée semblent augmenter le risque de comportements complexes du sommeil. En cas de survenue d'accès de somnambulisme, le zolpidem doit immédiatement être arrêté puis contre-indiqué. En effet, ces événements peuvent engendrer un risque important pour le patient et les personnes de son entourage (blessures, ...).

Lors de la prescription et la délivrance de zolpidem, il est important de prévenir les patients des risques de somnambulisme avec comportement automatique même après une longue période d'exposition et de les inciter à informer également leur entourage. Les renouvellements de prescription doivent être l'occasion de rechercher ce type de troubles et de réévaluer l'utilisation du zolpidem au long cours. Ces recommandations sont également à appliquer avec la zopiclone qui expose au même risque.

Les Centres de pharmacovigilance de votre région sont à votre disposition pour recevoir et analyser vos signalements de pharmacovigilance en lien avec des effets indésirables, une erreur médicamenteuse ou une interaction médicamenteuse, mais également pour répondre à vos demandes d'avis diagnostics de maladies suspectées être d'origine médicamenteuse et leur prise en charge, ainsi qu'aux questions inhérentes au bon usage des médicaments.



BESANCON



03-81-66-84-74



03-81-66-55-58



pharmacovigilance@chu-besancon.fr



<http://www.pharmacovigilance-bfc.fr>



DIJON



03-80-29-37-42



03-80-29-37-23



pharmacovigilance@chu-dijon.fr



<http://www.pharmacovigilance-bfc.fr>



NANCY



03-83-65-60-85



03-83-65-61-33



crpv@chru-nancy.fr



<http://www.rfcrpv.fr>



REIMS



03-26-78-77-80



03-26-83-23-79



pharmacovigilance@chu-reims.fr



<http://www.pharmacovigilance-reims.fr>



STRASBOURG



03-88-11-64-80



03-88-11-67-26



pharmacovigilance@chru-strasbourg.fr

N°51

Juin 2026