

Bulletin n° 1113

Le 18 septembre 2023

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 18 septembre 2023.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Insuline dégludec	cartouche de 100 unités/mL	02467860	NNO	ACDEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Amifampridine (Firdapse)	comprimés de 10 mg	02502984	KYE	(SA)	PCF

Pour le traitement du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton (SMLE) chez les patients âgés de 6 ans ou plus.

Critères de renouvellement initial :

- Une amélioration d'au moins 30 % au test chronométré du lever de chaise de Mathias (3TUG) par rapport à la mesure de référence.

Critères de renouvellement subséquent :

- Le patient continue de maintenir une amélioration d'au moins 30 % au test 3TUG par rapport à la mesure de référence.

Note clinique :

- Le résultat du test 3TUG doit être fourni au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les autorisations seront accordées jusqu'à une dose quotidienne maximale de 80 mg.
- Période d'approbation initiale : 3 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Eptinézumab (Vyepti)	fiole à usage unique de 100 mg/mL	02510839	VLH	(SA)	PCF
-------------------------	--------------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour la prévention de la migraine chez les patients ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine, ou qui ont une contre-indication à ces médicaments.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.

- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de la International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
 - Migraines épisodiques : céphalée migraineuse au moins 4 jours par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois pendant plus de 3 mois.
 - Migraines chroniques : céphalée au moins 15 jours par mois pendant plus de 3 mois, dont au moins 8 jours par mois avec migraine.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Selpercatinib
(Retevmo)

capsule de 40 mg	02516918			
capsule de 80 mg	02516926	LIL	(SA)	PCF

Cancer différencié de la thyroïde

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer différencié de la thyroïde de stade avancé ou métastatique comportant une fusion du gène RET qui ne se prête pas à une intervention chirurgicale ou à un traitement par de l'iode radioactif, et ayant reçu un traitement antérieur par lenvatinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Cancer médullaire de la thyroïde

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans et plus atteints d'un cancer médullaire de la thyroïde non résécable de stade avancé ou métastatique comportant des mutations du gène RET, dont la maladie a progressé après un traitement de première intention ou qui présente une intolérance ou une contre-indication à ce traitement.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance.
- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Traitement du cancer du poumon non à petites cellules

Comme traitement de première intention, ou après un traitement à action générale antérieur, pour les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatique avec fusion du gène RET.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent
3. Si des métastases du système nerveux central sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques ou présenter une stabilisation de la maladie.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication Olaparib (Lynparza)	comprimé de 100 mg comprimé de 150 mg	02475200 02475219	AZE	(SA)	PCF

Cancer du sein

1. Pour le traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un cancer du sein au stade précoce comportant un risque élevé et exprimant une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA, qui ont subi une réduction tumorale d'emblée suivie d'une chimiothérapie adjuvante et qui répondent aux critères suivants :
 - Cancer du sein triple négatif avec atteinte des ganglions axillaires ou sans atteinte des ganglions axillaires et taille de la tumeur primaire invasive à l'examen pathologique d'au moins 2 cm (\geq pT2 cm);
 - Cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif, avec atteinte d'au moins quatre ganglions lymphatiques confirmée à l'examen pathologique.

2. Pour le traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un cancer du sein au stade précoce comportant un risque élevé et exprimant une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA, qui ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante suivie d'une chirurgie et qui répondent aux critères suivants :
 - Cancer du sein triple négatif et présence dans le sein et/ou les ganglions lymphatiques prélevés de cellules cancéreuses infiltrantes résiduelles (réponse complète non pathologique);
 - Cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif, avec présence dans le sein et/ou les ganglions lymphatiques prélevés de cellules cancéreuses infiltrantes résiduelles, et score CPS-EG de 3 ou plus.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir reçu une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante contenant une anthracycline et/ou un taxane.
2. Le traitement doit être entrepris dans les 12 semaines suivant la fin du dernier traitement (c.-à-d. chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie).
3. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être interrompu après la réapparition de la maladie, l'apparition d'effets toxiques inacceptables ou un an de traitement, selon la première de ces éventualités à survenir.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients à risque élevé de rechute selon un système d'évaluation autre que le score CPS-EG seront prises en considération.
- Période d'approbation : 1 an.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Fostamatinib (Tavalisse)	100 mg tablet 150 mg tablet	02508052 02508060	MDP	Pour le traitement de thrombopénie immunitaire chronique.
Safinamide (Onstryv)	50 mg tablet 100 mg tablet	02484641 02484668	VAL	Thérapie complémentaire pour le traitement de la maladie de Parkinson.