MP® 120 mg
Méthylprédnisolone

1.QU'EST-CE QUE MP120® ?

Forme pharmaceutique

MP 120 : DCI : Méthylprednisolone Hémisuccinate - Boite de 01 flacon de lyophilisat + 01 ampoule de solvant E.P.P.I

Composition :

Flacon de lyophilisat :
Méthylprédnisolone ……......……...……………..120 mg
Excipients: …..q.s
Ampoule de solvant :
EPPI ………........................………...........…….q.s.p. 2 ml

2.DANS QUELS CAS UTILISER MP 120® ?

Celles de la corticothérapie générale per os, lorsque la voie parentérale est nécessaire en cas d'impossibilité de la voie orale (vomissements, aspiration gastrique, troubles de la conscience).

Les affections nécessitant un effet thérapeutique rapide :

•Allergiques : oedème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques ; choc anaphylactique en complément de l'adrénaline.

•Infectieuses : fièvre thyphoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma ; laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant.

•Neurologiques : oedème cérébral (tumeurs, abcès à toxoplasme...).

•ORL : dyspnée laryngée.

3.QUELLES SONT LES INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE MP 120® ?

Contre indications

Absolues :

•Tout état infectieux.

•Certaines viroses en évolution (notamment hépatites, herpès, varicelle, zona).

•États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

•Vaccins vivants.

•Hypersensibilité à l'un des constituants.

Il n'existe toutefois aucune contre-indication absolue pour une corticothérapie d'indication vitale.

Relatives :

•Médicaments non antiarythmiques donnant des torsades de pointes.

Mise en garde et précautions d'emploi

Mises en garde :

•De rares cas de réactions de type pseudo-anaphylactique étant survenus chez des patients traités par une corticothérapie parentérale, une attention particulière sera portée avant toute administration chez des sujets présentant un terrain atopique.

•En cas d'ulcère gastroduodénal, la corticothérapie n'est pas contre-indiquée si un traitement anti-ulcéreux est associé.

En cas d'antécédents ulcéreux, la corticothérapie peut être prescrite, avec une surveillance clinique et au besoin après fibroscopie.

•Un traumatisme crânien par lui-même, quelle qu'en soit la gravité, ne représente pas une indication d'administration d'hémisuccinate de méthylprednisolone. Les résultats d'une étude multicentrique, randomisée, contrôlée versus placebo ont montré une augmentation de la mortalité précoce (à deux semaines) et tardive (à six mois) après un traumatisme crânien chez les patients recevant de l'hémisuccinate de méthylprednisolone, comparé au groupe placebo. Les causes de la surmortalité dans le groupe méthylprednisolone n'ont pas été établies.

•La corticothérapie peut favoriser la survenue de diverses complications infectieuses dues notamment à des bactéries, des levures et des parasites. La survenue d'une anguillulose maligne est un risque important. Tous les sujets venant d'une zone d'endémie (régions tropicale, subtropicale, sud de l'Europe) doivent avoir un examen parasitologique des selles et un traitement éradicateur systématique avant la corticothérapie.

Les signes évolutifs d'une infection peuvent être masqués par la corticothérapie.

Il importe, avant la mise en route du traitement, d'écarter toute possibilité de foyer viscéral, notamment tuberculeux, et de surveiller, en cours de traitement, l'apparition de pathologies infectieuses.

En cas de tuberculose ancienne, un traitement prophylactique antituberculeux est nécessaire, s'il existe des séquelles radiologiques importantes et si l'on ne peut s'assurer qu'un traitement bien conduit de 6 mois par la rifampicine a été donné.

•L'emploi des corticoïdes nécessite une surveillance particulièrement adaptée, notamment chez les sujets âgés et en cas de colites ulcéreuses (risque de perforation), diverticulites, anastomoses intestinales récentes, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, ostéoporose, myasthénie grave.

•Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle). Ce risque est augmenté lors de la coprescription avec des fluoroquinolones et chez les patients dialysés avec hyperparathyroïdisme secondaire ou ayant subi une transplantation rénale.

•L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient de la méthylprednisolone ; ce principe actif est inscrit sur la liste des substances dopantes.

Précautions d'emploi :

•Un traitement par voie orale sera institué en relais dès que possible.

•Une rétention hydrosodée est habituelle, responsable en partie d'une élévation éventuelle de la pression artérielle. L'apport sodé sera réduit.

•La supplémentation potassique n'est justifiée que pour des traitements à fortes doses, prescrits pendant une longue durée, ou en cas de risque de troubles du rythme ou d'associations à un traitement hypokaliémiant.

•Lorsque la corticothérapie est indispensable, le diabète et l'hypertension artérielle ne sont pas des contre-indications mais le traitement peut entraîner leur déséquilibre. Il convient de réévaluer leur prise en charge.

•Les patients doivent éviter le contact avec des sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse

Chez l'animal, l'expérimentation met en évidence un effet tératogène variable selon les espèces.

Dans l'espèce humaine, il existe un passage transplacentaire. Cependant, les études épidémiologiques n'ont décelé aucun risque malformatif lié à la prise de corticoïdes lors du premier trimestre.

Lors de maladies chroniques nécessitant un traitement tout au long de la grossesse, un léger retard de croissance intra-utérin est possible. Une insuffisance surrénale néonatale a été exceptionnellement observée après corticothérapie à doses élevées.

Il est justifié d'observer une période de surveillance clinique (poids, diurèse) et biologique du nouveau-né.

En conséquence, les corticoïdes peuvent être prescrits pendant la grossesse, si besoin.

Allaitement

En cas de traitement à doses importantes et de façon chronique, l'allaitement est déconseillé.

Interactions avec d'autres médicaments

Déconseillées :

Médicaments donnant des torsades de pointes: astémizole, bépridil, érythromycine IV, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, terfénadine, vincamine, (l'hypokaliémie est un facteur favorisant de même que la bradycardie et un espace QT long préexistant). Utiliser des substances ne présentant pas l'inconvénient d'entraîner des torsades de pointes en cas d'hypokaliémie.

Nécessitant des précautions d'emploi :

•Acide acétylsalicylique par voie générale (et, par extrapolation, autres salicylés) : diminution de la salicylémie pendant le traitement par les corticoïdes et risque de surdosage salicylé après son arrêt (augmentation de l'élimination des salicylés par les corticoïdes). Adapter les doses de salicylés pendant l'association et après l'arrêt du traitement par les corticoïdes.

•Antiarythmiques donnant des torsades de pointes: amiodarone, disopyramide, quinidiniques, sotalol (l'hypokaliémie est un facteur favorisant de même que la bradycardie et un espace QT long préexistant).

Prévention de l'hypokaliémie et, si besoin, correction ;surveillance de l'espace QT. En cas de torsades, ne pas administrer d'antiarythmique (entraînement électrosystolique).

•Anticoagulants oraux : impact éventuel de la corticothérapie sur le métabolisme de l'anticoagulant oral et sur celui des facteurs de la coagulation. Risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé (en cas de relais par voie orale) supérieur à 10 jours. Lorsque l'association est justifiée, renforcer la surveillance : contrôle biologique au 8e jour, puis tous les 15 jours pendant la corticothérapie et après son arrêt.

Autres hypokaliémiants : diurétiques hypokaliémiants (seuls ou associés), laxatifs stimulants, amphotéricine B (voie IV) : risque accru d'hypokaliémie (effet additif). Surveillance de la kaliémie avec, si besoin, correction, à prendre particulièrement en compte en cas de thérapeutique digitalique.

Digitaliques : hypokaliémie favorisant les effets toxiques des digitaliques. Surveillance de la kaliémie et, s'il y a lieu, ECG.

Héparines (voie parentérale) : aggravation par l'héparine du risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours. L'association doit être justifiée, renforcer la surveillance.

•Inducteurs enzymatiques : anticonvulsivants (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, primidone), rifampicine : diminution des concentrations plasmatiques et de l'efficacité des corticoïdes par augmentation de leur métabolisme hépatique. Les conséquences sont particulièrement importantes chez les addisoniens et en cas de transplantation. Surveillance clinique et biologique, adaptation de la posologie des corticoïdes pendant l'association et après arrêt de l'inducteur enzymatique.

•Insuline, metformine, sulfamides hypoglycémiants : élévation de la glycémie avec parfois cétose (diminution de la tolérance aux glucides par les corticoïdes). Prévenir le patient et renforcer l'autosurveillance sanguine et urinaire, surtout en début de traitement. Adapter éventuellement la posologie de l'antidiabétique pendant le traitement par les corticoïdes et après son arrêt.

•Isoniazide (décrit pour la prednisolone) : diminution des concentrations plasmatiques de l'isoniazide. Mécanisme invoqué : augmentation du métabolisme hépatique de l'isoniazide et diminution de celui des glucocorticoïdes. Surveillance clinique et biologique.

A prendre en compte :

•Antihypertenseurs : diminution de l'effet antihypertenseur (rétention hydrosodée des corticoïdes).

•Ciclosporine : augmentation possible des concentrations plasmatiques de ciclosporine et de la créatinémie. Mécanisme invoqué : diminution de l'élimination hépatique de la ciclosporine.

•Fluoroquinolones : possible majoration du risque de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle), particulièrement chez les patients recevant une corticothérapie prolongée.

•Interféron alpha : risque d'inhibition de l'action de l'interféron.

•Vaccins vivants atténués : risque de maladie généralisée, éventuellement mortelle. Ce risque est majoré chez les sujets déjà immunodéprimés par la maladie sous-jacente. Utiliser un vaccin inactivé lorsqu'il existe (poliomyélite).

4.COMMENT PRENDRE MP 120® ?

Posologie et mode d'administration

Réservé à l'adulte.

Après mélange, la solution obtenue peut être administrée par voie IV :

•soit directement en injection lente, durée minimum de 20 à 30 minutes;

•soit par perfusion IV après dilution dans une solution isotonique de chlorure de sodium ou de glucose.

Lorsque la voie IV ne peut être utilisée, l'administration pourra être effectuée par voie IM profonde sous asepsie rigoureuse.

La posologie est de 120 mg par jour. Dans des situations très exceptionnelles, cette posologie pourra être répétée.

5.QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Liés à l'administration par voie parentérale :

•De rares cas de réactions anaphylactiques ont pu être rapportés chez des patients traités par des corticostéroïdes par voie parentérale.

•Des cas d'arythmie cardiaque et/ou de collapsus cardiovasculaire et/ou d'arrêt cardiaque en cas d'administration trop rapide par voie intraveineuse de doses importantes ont été rapportés.

•Il a parfois été constaté une tachycardie après l'injection du produit ; celle-ci est rapidement réversible.

•Des épisodes de bradycardie survenant pendant ou à la suite de perfusion de doses importantes ont été décrits indépendamment de la durée ou de la vitesse de perfusion.

Autres effets :

•Désordres hydroélectrolytiques : hypokaliémie, alcalose métabolique, rétention hydrosodée, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque congestive.

•Troubles endocriniens et métaboliques : syndrome de Cushing iatrogène, inertie de la sécrétion d'ACTH, atrophie corticosurrénalienne parfois définitive, diminution de la tolérance au glucose, révélation d'un diabète latent, arrêt de la croissance chez l'enfant, irrégularités menstruelles.

•Troubles musculosquelettiques : atrophie musculaire précédée par une faiblesse musculaire (augmentation du catabolisme protidique), ostéoporose, fractures pathologiques, en particulier tassements vertébraux, ostéonécrose aseptique des têtes fémorales.

•Quelques cas de ruptures tendineuses ont été décrits de manière exceptionnelle, en particulier en coprescription avec les fluoroquinolones.

•Troubles digestifs : hoquet, ulcères gastroduodénaux, ulcération du grêle, perforations et hémorragies digestives; des pancréatites aiguës ont été signalées, surtout chez l'enfant.

•Troubles cutanés : acné, purpura, ecchymose, hypertrichose, retard de cicatrisation.

•Troubles neuropsychiques :

•fréquemment : euphorie, insomnie, excitation ;

•rarement : accès d'allure maniaque ; états confusionnels ou confuso-oniriques, convulsions ;

•état dépressif à l'arrêt du traitement.

•Troubles oculaires : certaines formes de glaucome et de cataracte.

6.COMMENT CONSERVER MP 120® ?

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Après reconstitution : la solution doit être utilisée extemporanément.

7.QUELLES SONT LES CONDITIONS DE DELIVRANCE ?

Liste I ; Sous ordonnance médicale.

8.PRESENTATION ET NUMERO D'AMM :

Spécialité	Présentation	N° AMM
MP 120	Boite de 01 flc + 01 ampoule de solvant EPPI	923 323 5

DATE DE LA DERNIERE REVISION : Février 2014

NO0269
V00

Ceci est un médicament

- Un médicament est un produit mais pas comme les autres.
- Un médicament est un produit qui agit sur votre santé et sa consommation non-conforme aux prescriptions vous expose à un danger.
- Respectez rigoureusement l'ordonnance de votre médecin et le mode d'emploi qu'il vous a prescrit, suivez les conseils de votre pharmacien.
- Votre médecin et votre pharmacien connaissent le médicament, ses indications et ses contre-indications.
- N'arrêtez pas de votre propre initiative le traitement durant la période prescrite.
- N'en reprenez pas, n'augmentez pas les doses sans consulter votre médecin.

Gardez les médicaments hors de portée des enfants

ان هذا دواء

– الدواء هو متسحضر و لكن ليس كغيره من المستحضرات.
– الدواء هو متسحضر يؤثر على صحتك واستهلاكه خلافا للتعليمات يعرضك للخطر.
– اتبع بدقة وصفة الطبيب وطريقة الاستعمال وتعليمات الصيدلي الذي صرفها لك.
– ان الطبيب والصيدلي هما الخبيران في الدواء و بنفعه وضرره.
– لا تقطع مدة العلاج المحددة لك من تلقاء نفسك.
– لا تكرر صرف الدواء بدون استشارة الطبيب.

لا تترك الأدوية في متناول أيدي الأطفال

MP® 120 mg
Methylprednisolone

1.WHAT IS MP120® ?

Pharmaceutical form

MP 120: DCI: Methylprednisolone Hemisuccinate - Box of 01 vial of lyophilisate + 01 ampoule of W.F.I

Composition :

Vial of lyophilisate :
Methylprednisolone ……..…..…..…120 mg
Excipients : ….....q. s
Solvent ampoule :
EPPI ……..……..……q.s.p. 2 ml

2.IN WHICH CASE IS MP 120® USED?

Those of systemic oral corticosteroid therapy, when the parenteral adminitration is necessary if the oral administration is not possible (vomiting, gastric aspiration, consciousness disturbances).

Conditions requiring a rapid therapeutic effect:

•Allergic: severe angioedema in addition to antihistamines; anaphylactic shock in addition to adrenaline.

•Infectious: severe typhoid fever, especially with mental confusion, shock, coma; Stridular laryngitis (subglottic laryngitis) in children.

•Neurological: cerebral edema (tumors, toxoplasma abscess...).

•ENT : laryngal dyspnea.

3.WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU TAKE MP 120®?

Contraindications

Absolutes :

•Any infectious condition.

•Certain evolving viroses (hepatitis, herpes, chickenpox, shingles).

•Psychotic states not yet controlled by treatment.

•Live vaccines.

•Hypersensitivity to one of the constituents.

However, there is no absolute contraindication for a vital indication corticosteroid therapy.

Relative :

•Non-antiarrhythmic medicines giving torsades de pointes.

Warnings and precautions for use

Warnings :

•Since Rare cases of pseudo-anaphylactic-type reactions occurred in patients treated with parenteral corticosteroid therapy; special care should be taken before any administration in subjects with an atopic tendency.

•In the event of peptic ulcer, corticosteroid therapy is not contraindicated if anti-ulcer therapy is combined.

In case of history of peptic disease, corticosteroid therapy may be prescribed, with clinical monitoring and if necessary, after fibroscopy.

•Head trauma, regardless of severity, is not an indication for the administration of methylprednisolone hemisuccinate. Results from a multicenter, randomized, placebo-controlled study showed an increase in early (at two weeks) and late (at six months) mortality after head injury in patients receiving methylprednisolone hemisuccinate, compared to placebo group. Causes of increased mortality in the methylprednisolone group have not been established.

•Corticosteroid therapy can lead to the occurrence of various infectious complications due to bacteria, yeasts, and parasites. The occurrence of malignant anguillulosis is a significant risk. All subjects coming from an endemic area (tropical, subtropical, southern Europe) must have a parasitological examination of the stool and a systematic eradication treatment before corticosteroid therapy.

Progressive signs of infection may be masked by corticosteroid therapy.

It is important, before starting treatment, to rule out any possibility of visceral affection, in particular tuberculosis, and to monitor, during treatment, the onset of infectious pathologies.

In case of old tuberculosis, prophylactic anti-tuberculosis treatment is necessary, if there are significant radiological sequelae and if it is not possible to ensure that a well-managed 6-month treatment with rifampicin has been given.

•The use of corticosteroids requires a particular appropriate monitoring, especially in the elderly and in case of ulcerative colitis (risk of perforation), diverticulitis, recent intestinal anastomosis, renal failure, hepatic failure, osteoporosis, myasthenia gravis.

•Oral or injectable corticosteroids can lead to the occurence of tendinopathy, or even tendon rupture (exceptional). This risk is increased when co-prescribed with fluoroquinolones and in dialysis patients with secondary hyperparathyroidism or who have undergone kidney transplantation.

•The attention of athletes is drawn to the fact that this specialty contains methylprednisolone; this active ingredient is included in the list of doping substances.

Precautions for use :

•Oral treatment will be instituted as a relay as soon as possible.

•Water retention is usual, partly responsible for a possible increase in blood pressure. The sodium intake will be reduced.

•Potassium supplementation is only justified for high-dose treatments, prescribed for a long time, or in case of a risk of arrhythmias or associations with hypokalaemic treatment.

•When corticosteroid therapy is essential, diabetes and arterial hypertension are not contraindications, but the treatment can cause their imbalance. Their management should be reassessed.

•Patients should avoid contact with people with chickenpox or measles.

Use during pregnancy and breastfeeding

Pregnancy

In animals, experimentation shows a teratogenic effect that varies according to the species.

In humans, there is a placental transfer. However, epidemiological studies have detected no risk of malformation associated with taking corticosteroids during the first trimester.

In chronic conditions requiring treatment throughout pregnancy, slight intrauterine growth retardation is possible. Neonatal adrenal insufficiency has been observed exceptionally after high dose corticosteroid therapy.

It is justified to follow a period of clinical (weight, diuresis) and biological monitoring of the newborn.

Accordingly, corticosteroids may be prescribed during pregnancy, if needed.

breastfeeding

In case of treatment in large doses and chronically, breastfeeding is not recommended.

Interactions with other medicines

Not recommended:

Medicines giving torsades de pointes: astemizole, bepridil, IV erythromycin, halofantrine, pentamidine, sparfloxacin, sultopride, terfenadine, vincamine, (hypokalemia is a contributing factor as well as bradycardia and a pre-existing prolongation of QT interval). Use of substances which do not have the disadvantage of causing torsades de pointes in case of hypokalemia.

Requiring precautions for use :

•Systemic acetylsalicylic acid (and, by extrapolation, other salicylates): decreased salicylemia during treatment with corticosteroids and risk of salicylic overdose after stopping it (increased elimination of salicylates by corticosteroids). Adjust the doses of salicylates during the combination and after stopping treatment with corticosteroids.

•Antiarrhythmics giving torsades de pointes :amiodarone, disopyramide, quinidines, sotalol, (hypokalemia is a contributing factor as bradycardia and a pre-existing long QT interval). Prevention of hypokalemia and, if necessary, correction; monitoring of QT interval. In case of torsades, do not prescribe an antiarrhythmic (electrosystolic training).

•Oral anticoagulants: possible impact of corticosteroid therapy on the metabolism of the oral anticoagulant and on the metabolism of coagulation factors. Hemorrhagic risk specific to corticosteroid therapy (digestive mucosa, vascular fragility) at high doses or in prolonged treatment (in case of oral relay) for more than 10 days. When the combination is justified, reinforce monitoring: biological control on the 8th day, then every 15 days during corticosteroid therapy and after stopping it.

Other hypokalemic medicines: hypokalemic diuretics (alone or in combination), stimulant laxatives, amphotericin B (IV administration): increased risk of hypokalemia (additive effect). Monitoring of serum potassium with, if necessary, correction, to be particularly considered in the case of cardiac glycoside treatment.

Digitalis: hypokalemia favoring the toxic effects of digitalis. Monitoring of serum potassium and, if applicable, ECG.

Heparin (parenteral administration): worsening of the hemorrhagic risk, by heparin, which is specific to corticosteroid therapy (digestive mucosa, vascular fragility) at high doses or in prolonged treatment for more than 10 days. The association must be justified, enhance monitoring.

•Enzyme inducers: anticonvulsants (carbamazepine, phenobarbital, phenytoin, primidone), rifampicin: decrease in plasma concentrations and the efficacy of corticosteroids by increasing their hepatic metabolism. The consequences are particularly important in Addisonians and in case of transplantation. Clinical and biological monitoring, adjustment of the dosage of corticosteroids during the combination and after stopping the enzyme inducer.

•Insulin, metformin, sulfonylureas: increased blood sugar with sometimes ketosis (decreased tolerance to carbohydrates by corticosteroids). Warn the patient and reinforce blood and urine self-monitoring, especially at the start of treatment. If necessary, adjust the dosage of the antidiabetic medication during treatment with corticosteroids and after stopping it.

•Isoniazid (described for prednisolone): Decreased plasma concentrations of isoniazid. Mechanism invoked: increased hepatic metabolism of isoniazid and decrease in that of glucocorticoids. Clinical and biological monitoring.

To consider :

•Antihypertensive medicines: decrease in the antihypertensive effect (water and sodium retention of corticosteroids).

•Ciclosporin: Possible increase in plasma concentrations of ciclosporin and serum creatinine. Mechanism invoked: decreased hepatic elimination of ciclosporin.

•Fluoroquinolones: possible increased risk of tendinopathy, or even tendon rupture (exceptional), particularly in patients receiving prolonged corticosteroid therapy.

•Interferon alpha: risk of inhibiting the action of interferon.

•Live attenuated vaccines: risk of generalized disease, possibly fatal. This risk is increased in subjects already immunocompromised by the underlying disease. Use an inactivated vaccine when it exists (poliomyelitis).

4.HOW TO TAKE MP 120® ?

Dosage and method of administration

Adults only.

After mixing, the resulting solution can be administered by IV route either:

•directly by slow injection, minimum duration of 20 to 30 minutes.

•by IV infusion after dilution in isotonic sodium chloride or glucose solution.

When the IV route cannot be used, administration can be performed by deep IM route under strict asepsis.

The dosage is 120 mg per day. In very exceptional situations, this dosage may be repeated.

5.POSSIBLE SIDE EFFECTS ?

Related to parenteral administration :

•Rare cases of anaphylactic reactions have been reported in patients treated with parenteral corticosteroids.

•Cases of cardiac arrhythmia and / or cardiovascular collapse and / or cardiac arrest following fast intravenous administration of large doses have been reported.

•Tachycardia has sometimes been observed after injection of the product; it is quickly reversible.

•Episodes of bradycardia occurring during or following large dose infusion have been described regardless of the duration or rate of infusion.

Other effects:

•Hydroelectrolyte disorders: hypokalemia, metabolic alkalosis, water retention, arterial hypertension, congestive heart failure.

•Endocrine and metabolic disorders: iatrogenic Cushing's syndrome, inertia of ACTH secretion, adrenal cortical atrophy sometimes definitive, decrease in glucose tolerance, revelation of latent diabetes, stunted growth in children, menstrual irregularities.

•Musculoskeletal disorders: muscle atrophy preceded by muscle weakness (increased protein catabolism), osteoporosis, pathological fractures, in particular vertebral compression, aseptic osteonecrosis of the femoral heads.

•A few cases of tendon ruptures have been described exceptionally, especially in co-prescription with fluoroquinolones.

•Digestive disorders: hiccups, peptic ulcers, ulceration of the small intestine, gastrointestinal perforations, and hemorrhages; acute pancreatitis has been reported, especially in children.

•Skin disorders: acne, purpura, ecchymosis, hypertrichosis, delayed healing.

•Neuropsychic disorders:

•commonly: euphoria, insomnia, excitement;

•rarely: manic-like fit; confusional or dreamlike states, convulsions;

•depressive state on discontinuation of treatment.

•Eye disorders: some forms of glaucoma and cataracts.

6.HOW TO STORE MP 120® ?

Store at a temperature below 25 ° C.

After reconstitution: the solution must be used immediately.

7.WHAT ARE THE SUPPLY CONDITIONS?

List I ; under medical prescription.

8.PRESENTATION AND M.A NUMBER:

Speciality	Presentation	M.A N°
MP 120	Box of 01 vial + 01 ampoule of WFI	923 323 5

DATE OF THE LAST REVIEW: February 2014

This is a medicine

- A medicine is a product but not like any other product.
- A medicine is a product that affects your health.if it's not used properly : it can be health threatening.
- Strictly adhere to the prescription of you Doctor and the use instructions prescribed, follow your pharmacist advice.
- Your doctor and you pharmacist know the medicine, its use and side effect.
- Don't stop the use of the treatment on your own during the prescribed time.
- Don't retake, Don't increase the doses without doctor's advice.

Keep the medicines out of reach of children

NO0269 V00

MédiS

6 192405 006207