

Pénurie de captopril

Contexte

L'approvisionnement en comprimés de captopril est limité à la suite de l'arrêt des produits de Teva et de perturbations continues de la fabrication touchant plusieurs teneurs d'Apotex.¹ Bien que les formulations de suspension orale demeurent disponibles, l'approvisionnement en comprimés devrait devenir de plus en plus limité au fil du temps. Le Comité d'attribution des niveaux de pénurie a déterminé que cette pénurie ne répond pas actuellement aux critères d'une pénurie de niveau 3 (Tier 3). Pour connaître l'état actuel des pénuries et des cessations de commercialisation, consultez **Pénuries de produits de santé Canada** à l'adresse www.healthproductshortagescanada.ca.

Situation d'approvisionnement en captopril

Tableau 1: Comparaison des produits de captopril^{2,3}

Produit	Teneur	Fabricant	Remarques
Comprimé de captopril	12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	Teva	Teva a cessé la commercialisation de toutes les teneurs de comprimés de captopril.
Comprimé de captopril	12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	Apotex	Pénurie actuelle des teneurs de 25 mg et 50 mg. Des perturbations de fabrication sont prévues pour les comprimés de 12,5 mg et de 100 mg.
Suspension orale de captopril	5 mg/5 mL 25 mg/5 mL	Ethypharm	Disponible, mais ne devrait pas suffire à compenser la demande nationale de comprimés.

Considérations relatives à la pratique

Les professionnels de la santé devraient envisager les mesures suivantes pendant la durée de la pénurie :

- Réserver les stocks restants de comprimés de captopril aux patients ayant des options thérapeutiques limitées, notamment :
 - les patients atteints d'insuffisance cardiaque avancée nécessitant une inhibition de l'ECA à courte durée d'action;
 - les nourrissons et les jeunes enfants nécessitant une titration individualisée d'un inhibiteur de l'ECA;
 - les autres patients chez qui un inhibiteur de l'ECA à courte durée d'action procure un avantage clinique particulier.
- Prioriser l'utilisation des formulations de solution orale disponibles chez les patients incapables d'avaler des comprimés ou nécessitant une forme liquide, en reconnaissant que les stocks disponibles à l'échelle nationale sont insuffisants pour remplacer la demande en comprimés.
- Faire passer les patients appropriés à un autre inhibiteur de l'ECA. Il n'existe pas de conversion directe en milligrammes entre les différents inhibiteurs de l'ECA. Le tableau 2 présente des doses quotidiennes initiales et d'entretien approximativement équivalentes; celles-ci doivent être individualisées en fonction de l'indication, de la fonction rénale, de la pression artérielle et de la réponse clinique.
- Limiter l'instauration de nouveaux traitements par captopril.
- Surveiller la fonction rénale, la kaliémie, la pression artérielle et la réponse clinique après le passage à un autre inhibiteur de l'ECA.
- Faire appel aux spécialistes appropriés, notamment en cardiologie, néphrologie, neurologie et pédiatrie, pour la prise en charge des patients complexes ou de ceux ayant des options thérapeutiques limitées.

Tableau 2. Guide de conversion approximative des inhibiteurs de l'ECA⁴

Dose quotidienne actuelle de captopril	Dose quotidienne initiale approximativement équivalente*
25 mg/jour	Énalapril 2,5–5 mg/jour • Lisinopril 2,5–5 mg/jour • Ramipril 1,25–2,5 mg/jour
50 mg/jour	Énalapril 5 mg/jour • Lisinopril 5 mg/jour • Ramipril 2,5 mg/jour
75 mg/jour	Énalapril 5–10 mg/jour • Lisinopril 10 mg/jour • Ramipril 2,5–5 mg/jour
150 mg/jour	Énalapril 10–20 mg/jour • Lisinopril 20 mg/jour • Ramipril 5–10 mg/jour

* Les doses sont approximatives et doivent être individualisées selon l'indication, la fonction rénale, la pression artérielle, l'âge et la réponse clinique.

Solutions thérapeutiques de rechange

Selon l'indication, les options suivantes peuvent être envisagées comme solutions de rechange au captopril.

Indications cardiovasculaires^{5, 6}

Situation clinique	Considérations
Hypertension	La plupart des patients peuvent passer à un autre inhibiteur de l'ECA (p. ex., énalapril, lisinopril, ramipril) ou à un ARA si cela est approprié sur le plan clinique.
Insuffisance cardiaque	La plupart des patients stables peuvent passer à un inhibiteur de l'ECA, à un ARA ou à un ARNI à durée d'action plus longue, conformément aux lignes directrices actuelles sur l'insuffisance cardiaque.
Insuffisance cardiaque aiguë nécessitant une inhibition de l'ECA à courte durée d'action	Le captopril demeure particulièrement utile en raison de sa courte demi-vie et de la possibilité d'évaluer rapidement la tolérance avant d'amorcer un traitement par un inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) à plus longue durée d'action. L'hydralazine peut être envisagée lorsque cela est approprié, mais ne permet pas de prédire de façon fiable la tolérance aux inhibiteurs de l'ECA, aux ARA ou aux ARNI. Une consultation en cardiologie est recommandée.
Après un infarctus du myocarde	Un autre inhibiteur de l'ECA peut généralement être utilisé en fonction des caractéristiques propres au patient.

Inhibiteurs de l'ECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; ARA : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II; ARNI : inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine; SRAA : système rénine-angiotensine-aldostérone

Indications pédiatriques^{7, 8}

Population de patients	Considérations
Nourrissons et jeunes enfants	Le captopril peut être privilégié en raison de sa courte demi-vie, particulièrement pendant la titration de la dose. Les stocks restants devraient être réservés aux patients pour lesquels son utilisation est cliniquement nécessaire.
Patients pédiatriques plus âgés	Les formulations liquides d'énalapril et de lisinopril constituent des solutions de rechange possibles chez de nombreux patients. Une consultation en cardiologie pédiatrique est recommandée avant de modifier le traitement.

Indications neurologiques — dysrèflexie autonome et accident vasculaire cérébral^{9, 10}

Solution de rechange	Remarques
Énalaprilate IV	Approprié lorsqu'une inhibition de l'ECA par voie intraveineuse est requise.
Labétalol IV	Solution de rechange courante selon les contre-indications propres au patient.
Hydralazine IV	Peut être appropriée chez certains patients.
Nifédipine sublinguale	Peut être envisagée lorsque cela est approprié, mais comporte un risque de diminution rapide de la pression artérielle.
Trinitrate de glycéryle (nitroglycérine) sublingual	Peut constituer une solution de rechange chez certains patients; utiliser avec prudence en raison du risque d'hypotension importante et soudaine.

Références

1. Santé Canada. Captopril (rapport sur une pénurie). Pénuries de produits de santé Canada. 2026. Consulté le 31 juillet 2026. <https://healthproductshortages.ca/>
2. Association des pharmaciens du Canada. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)*. Ottawa, ON : Association des pharmaciens du Canada; 2026. Monographies du captopril, de l'énalapril, du lisinopril et du ramipril.
3. Santé Canada. *Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP)*. Gouvernement du Canada. Consulté le 4 août 2026. <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp>
4. RxFiles Academic Detailing Program. *ACE Inhibitors (ACEIs): Comparison Chart*. Saskatoon, SK : RxFiles Academic Detailing Program, University of Saskatchewan; mise à jour 2024. Consulté le 4 août 2026.
5. Hypertension Canada. 2022 Hypertension Canada Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol*. 2022;38(5):583-595.
6. McDonald M, Virani S, Chan M, et al. CCS/CHFS Heart Failure Guidelines: Clinical Practice Update on Pharmacotherapy, Device Therapy and Medical Management. *Can J Cardiol*. 2021;37(4):531-546.
7. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(3).
8. Shure AY, DiNardo JA. Cardiac physiology and pharmacology. In: Davis PJ, Cladis FP, Motoyama EK, eds. *Smith's Anesthesia for Infants and Children*. 9th ed. Elsevier; 2017.
9. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence (SCIRE) Project. *Autonomic Dysreflexia Following Spinal Cord Injury*. Mise à jour 2024.
10. Krassioukov A, Eng JJ, Warburton DE, Teasell R. A systematic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(4):682-695.