

SSPH

Newsletter 01/2025

Schweizerische Gesellschaft
für Pulmonale Hypertonie



Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
Societ  Svizzera per l'ipertensione Polmonare SSIP



Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
Societ  Svizzera per l'Ipertensione Polmonare SSIP

Stratification du Risque et Objectifs Thérapeutiques dans l'Hypertension Artérielle Pulmonaire

Platin Sponsor



Bronze Sponsor



La newsletter de la Société Suisse d'Hypertension Pulmonaire (SSHP) réunit des informations actuelles, des développements et des résultats de recherche sur le thème de l'hypertension pulmonaire. Notre objectif est de vous tenir au courant des nouvelles découvertes, des  v nements à venir et des actualités importantes de la communauté de l'HTP, et ainsi de continuer à sensibiliser à la maladie.

Nous remercions tout particulièrement nos sponsors, MSD et Gebro Pharma, dont le soutien a permis la réalisation de cette publication. Nous tenons également à remercier tous les membres du groupe de la newsletter pour leur engagement et leur précieux travail dans la création de cette newsletter.

Nous vous souhaitons beaucoup de plaisir à sa lecture !

Société Suisse d'Hypertension
Pulmonaire

Auteurs

Prof. Dr. med. Silvia Ulrich, Zürich
PD Dr. med. Mona Lichtblau, Zürich
Dr. med. Benoit Lechartier, Lausanne
pour le [groupe de travail SSPH Newsletter](#)



Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
Società Svizzera per l'Ipertensione Polmonare SSIP

Résumé

La stratification du risque joue un rôle central dans l'évaluation pronostique et la gestion thérapeutique des patient-es atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP). Les trois paramètres prédictifs non invasifs les plus importants sont la classe fonctionnelle OMS/NYHA (CF), la distance de marche de 6 minutes (6MWD) et le taux de NT-proBNP/BNP. Ces variables font partie de tous les outils de stratification du risque établis jusqu'à présent. Toutefois, leur valeur prédictive reste toutefois limitée, en particulier en raison d'une spécificité réduite vis-à-vis de la sévérité de l'HTAP, ce qui peut compliquer un plan de traitement individualisé.

À l'avenir, les marqueurs du remodelage vasculaire pulmonaire pourraient gagner en importance, notamment dans le cadre de thérapies combinées et de nouveaux médicaments pour l'HTAP, ainsi que dans celui de l'adaptation du cœur droit à la pression pulmonaire élevée (couplage). Bien que l'atteinte d'un faible risque de mortalité selon des scores validés demeure un objectif thérapeutique primordial, des données suggèrent que les mesures hémodynamiques invasives et l'imagerie cardiaque pourraient apporter une valeur supplémentaire influençant les décisions thérapeutiques.

Introduction

Bien que les premiers modèles pronostiques visant à estimer la probabilité de survie chez les patient-es HTAP aient été élaborés dans le registre NIH des années 1990, c'est avec les recommandations ESC/ERS de 2015 que la stratification du risque est devenue un élément essentiel de la prise en charge de l'HTAP. Celles-ci, fondées sur un consensus d'experts, incluaient des paramètres tels que la classe fonctionnelle, la 6MWD et le BNP/NT-proBNP. Les guidelines de 2022 ont intégré la stratification du risque de manière centrale dans l'algorithme thérapeutique de l'HTAP. Le 7e Symposium mondial sur l'hypertension pulmonaire (WSPH) a analysé les données disponibles, discuté les limites des stratégies actuelles et évalué de nouvelles données et émis des recommandations pour optimiser l'évaluation du risque.

Des défis particuliers subsistent chez les patient-es pédiatriques et adultes atteints d'HTAP associée à des cardiopathies congénitales. Il s'agit d'un groupe hétérogène, notamment en cas de cardiopathies syndromiques ou de syndrome d'Eisenmenger, qui nécessite une prise en charge individualisée et interdisciplinaire.



Stratification du risque et objectifs thérapeutiques dans l'hypertension artérielle pulmonaire

La stratification du risque joue un rôle central dans la prédiction du pronostic et la gestion thérapeutique des patient-es atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP). Les trois principaux facteurs prédictifs non invasifs –   savoir la classe fonctionnelle (CF), la distance de marche de 6 minutes (6MWD) et le taux de NT-proBNP – sont intégrés à tous les outils de stratification du risque actuellement validés [1, 2]. Toutefois, en raison de leur spécificité limitée, ces paramètres ne suffisent pas toujours à orienter des décisions thérapeutiques individualisées. Les marqueurs du remodelage vasculaire pulmonaire, ainsi que les paramètres hémodynamiques invasifs et l'imagerie cardiaque, revêtent une importance croissante [3].

Stratification du risque dans l'HTAP

1. Caractéristiques cliniques et classe fonctionnelle (CF)

La CF fait partie de tous les scores validés et constitue un critère clinique important. Dans le score REVEAL, la fréquence cardiaque et la tension artérielle systolique sont également prises en compte. Les symptômes, comme les signes d'insuffisance cardiaque droite, peuvent influencer considérablement les décisions thérapeutiques.

2. Capacité fonctionnelle

La 6MWD est un test d'effort validé, peu coûteux, qui est fortement associé au pronostic, à la qualité de vie et à la morbidité/mortalité. [1],[4],[5], [6],[7]

Spiroergom trie (CPET) : La consommation maximale d'oxygène (VO_2 pic) et l'efficacité ventilatoire (VE/VCO_2) sont corrélées au pronostic – surtout en combinaison avec le volume systolique indexé (SVI), ce qui apporte une valeur supplémentaire dans les cas à risque intermédiaire. [8, 9], [10], [11],[10, 12]

3. Biomarker

Le BNP et le NT-proBNP sont des biomarqueurs pronostiques reconnus dans l'insuffisance cardiaque et l'HTAP [13, 14]. D'autres biomarqueurs innovants sont à l'étude.



4. Imagerie cardiaque

L' chocardiographie et l'IRM cardiaque sont importantes pour évaluer la fonction du cœur droit. Les paramètres suivants sont pertinents : la surface de l'oreillettes et du ventricule droit (OD/VD), l'épaisseur de la paroi du VD, TAPSE, la vitesse de l'onde S' par Doppler, la variation de surface du VD (FAC), le strain longitudinal de la paroi libre RV, fonction RV, index excentricité du ventricule gauche (LV-EI), vitesse de régurgitation tricuspide (VRT), pression artérielle pulmonaire systolique (sPAP), ratio TAPSE/sPAP, diamètre et variabilité respiratoire de la VCI, présence d'un épanchement péricardique, fraction d'éjection du VD. Cependant, la plupart de ces données proviennent d'études monocentriques, ce qui limite leur comparabilité. [15]

5. Hémodynamique

Les paramètres comme l'index cardiaque (IC), le SVI, la compliance artérielle pulmonaire (CAP), la saturation veineuse en oxygène (SvO_2), la pression artérielle pulmonaire moyenne (PAPm) et la pression auriculaire droite (POD) sont corrélés au pronostic. L'IC à l'effort est particulièrement prédictif. Lors du suivi, ces mesures offrent un bénéfice supplémentaire, surtout en cas de risque intermédiaire. [1], 6, [16], [17, 18], [19, 20], [21-23]

6. Outcomes rapportés par les patients (PROMs)

Des outils spécifiques comme l'emPHasis-10 et le CAMPHOR ont montré leur valeur pronostique. [24], [25].

7.  valuation du risque multiparamétrique

Des modèles multivariés (comme COMPERA, REVEAL) combinent des données cliniques, fonctionnelles, biologiques et hémodynamiques [26], [27]. Avant le traitement, il est recommandé d'utiliser les COMPERA 3-strata ou REVEAL. Lors d'un suivi, COMPERA 2.0 ou REVEAL Lite 2.



Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
Società Svizzera per l'Ipertensione Polmonare SSIP

Limites et perspectives

- La classe fonctionnelle (CF) demeure subjective et sujette à des erreurs d'évaluation.
- La 6MWD est influencée par l'âge, la condition physique et les comorbidités.
- Le BNP reflète la charge cardiaque globale, mais son interprétation est limitée par des facteurs externes tels que l'âge, la fonction rénale ou les maladies du cœur gauche.
- Des paramètres tels que le TAPSE/sPAP peuvent compléter les outils de stratification du risque actuels [38].
- Le suivi de routine par cathétérisme cardiaque droit (CCD) est limité en raison de sa nature invasive. Des dispositifs implantables capables de mesurer et de transmettre en continu la pression artérielle pulmonaire moyenne (mPAP) pourraient représenter une alternative, sous réserve de validation par des études complémentaires et de la disponibilité de ressources pour une interprétation rapide.
- Il est essentiel que les stratégies thérapeutiques fondées sur le risque prennent en compte les facteurs individuels et intègrent à la fois des éléments pronostiques modifiables et non modifiables (par exemple l'âge et la fonction rénale), ainsi que la sévérité de l'HTAP (par exemple les paramètres hémodynamiques et d'imagerie cardiaque).

Un modèle de stratification du risque utilisé pour orienter les décisions thérapeutiques devrait inclure des paramètres répondant à trois critères essentiels:

1. Une valeur pronostique démontrée
2. Une capacité à évaluer la sévérité de l'hypertension pulmonaire et/ou la fonction du ventricule droit
3. Une possibilité de modification thérapeutique

Certains paramètres issus de l'hémodynamique invasive et/ou de l'imagerie cardiaque (échocardiographie ou IRM cardiaque) peuvent satisfaire à ces critères et permettre de surmonter les limites des scores de risque classiques comme la CF, la 6MWD et le BNP/NT-proBNP.



Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
Societ  Svizzera per l'Ipertensione Polmonare SSIP

Références

1. Boucly, A., et al., *Risk stratification refinements with inclusion of haemodynamic variables at follow-up in patients with pulmonary arterial hypertension*. Eur Respir J, 2024. 64(3)
2. Boucly, A., et al., *Risk assessment in pulmonary arterial hypertension*. Eur Respir J, 2018. 51(3).
3. Dardi, F., et al., *Risk stratification and treatment goals in pulmonary arterial hypertension*. Eur Respir J, 2024.
4. Cenedese, E., et al., *Measurement of quality of life in pulmonary hypertension and its significance*. Eur Respir J, 2006. 28(4): p. 808-15.
5. Moutchia, J., et al., *Minimal Clinically Important Difference in the Six-Minute Walk Distance for Patients with Pulmonary Arterial Hypertension*. Am J Respir Crit Care Med, 2023.
6. Lee, W.T., A.J. Peacock, and M.K. Johnson, *The role of per cent predicted 6-min walk distance in pulmonary arterial hypertension*. Eur Respir J, 2010. 36(6): p. 1294-301.
7. Benza, R.L., et al., *Predicting survival in pulmonary arterial hypertension: insights from the Registry to Evaluate Early and Long-Term Pulmonary Arterial Hypertension Disease Management (REVEAL)*. Circulation, 2010. 122(2): p. 164-72.
8. Deboeck, G., et al., *Exercise testing to predict outcome in idiopathic versus associated pulmonary arterial hypertension*. Eur Respir J, 2012. 40(6): p. 1410-9.
9. Appenzeller, P., et al., *Prediction of maximal oxygen uptake from 6-min walk test in pulmonary hypertension*. ERJ Open Res, 2022. 8(2).
10. Badagliacca, R., et al., *Incremental value of cardiopulmonary exercise testing in intermediate-risk pulmonary arterial hypertension*. J Heart Lung Transplant, 2022. 41(6): p. 780-790.
11. Ewert, R., et al., *Prognostic value of cardiopulmonary exercise testing in patients with systemic sclerosis*. BMC Pulm Med, 2019. 19(1): p. 230.
12. Martinez-Menaca, A., et al., *Simplified risk stratification based on cardiopulmonary exercise test: A Spanish two-center experience*. Pulm Circ, 2024. 14(1): p. e12342.
13. Frantz, R.P., S. McDevitt, and S. Walker, *Baseline NT-proBNP correlates with change in 6-minute walk distance in patients with pulmonary arterial hypertension in the pivotal inhaled treprostinil study TRIUMPH-1*. J Heart Lung Transplant, 2012. 31(8): p. 811-6.
14. Frantz, R.P., et al., *Baseline and Serial Brain Natriuretic Peptide Level Predicts 5-Year Overall Survival in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension: Data From the REVEAL Registry*. Chest, 2018. 154(1): p. 126-135.
15. Alabed, S., et al., *Establishing minimally important differences for cardiac MRI endpoints in pulmonary arterial hypertension*. Eur Respir J, 2023. 62(2).
16. Badagliacca, R., et al., *Pulmonary pressure recovery in idiopathic, hereditary and drug and toxin-induced pulmonary arterial hypertension: determinants and clinical impact*. Vascul Pharmacol, 2022. 146: p. 107099.
17. Sitbon, O., et al., *Long-term response to calcium channel blockers in idiopathic pulmonary arterial hypertension*. Circulation, 2005. 111(23): p. 3105-11.
18. Gerhardt, F., et al., *Positive Vasoreactivity Testing in Pulmonary Arterial Hypertension: Therapeutic Consequences, Treatment Patterns, and Outcomes in the Modern Management Era*. Circulation, 2024. 149(20): p. 1549-1564.
19. Chaouat, A., et al., *Prognostic value of exercise pulmonary haemodynamics in pulmonary arterial hypertension*. Eur Respir J, 2014. 44(3): p. 704-13.
20. Douschan, P., et al., *Prognostic Value of Exercise as Compared to Resting Pulmonary Hypertension in Patients with Normal or Mildly Elevated Pulmonary Arterial Pressure*. Am J Respir Crit Care Med, 2022. 206(11): p. 1418-1423.
21. Hoeper, M.M., et al., *Mortality in pulmonary arterial hypertension: prediction by the 2015 European pulmonary hypertension guidelines risk stratification model*. Eur Respir J, 2017. 50(2).
22. Boucly, A., et al., *Risk assessment, prognosis and guideline implementation in pulmonary arterial hypertension*. Eur Respir J, 2017. 50(2).
23. Benza, R.L., et al., *Development and Validation of an Abridged Version of the REVEAL 2.0 Risk Score Calculator, REVEAL Lite 2, for Use in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension*. Chest, 2021. 159(1): p. 337-346.
24. Hoeper, M.M., et al., *Phase 3 Trial of Sotatercept for Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension*. N Engl J Med, 2023. 388(16): p. 1478-1490.
25. Lewis, R.A., et al., *EmPHasis-10 health-related quality of life score predicts outcomes in patients with idiopathic and connective tissue disease-associated pulmonary arterial hypertension: results from a UK multicentre study*. Eur Respir J, 2021. 57(2).
26. Thenappan, T., et al., *Survival in pulmonary arterial hypertension: a reappraisal of the NIH risk stratification equation*. Eur Respir J, 2010. 35(5): p. 1079-87.
27. Yogeswaran, A., et al., *Comparison of Contemporary Risk Scores in All Groups of Pulmonary Hypertension: A Pulmonary Vascular Research Institute GoDeep Meta-Registry Analysis*. Chest, 2024. 166(3): p. 585-603.

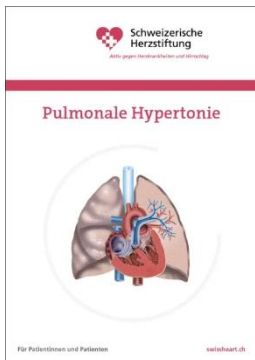


Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
Societ  Svizzera per l'Ipertensione Polmonare SSIP

Brochures SSPH et journal de santé

Brochure "Hypertension artérielle pulmonaire"

La brochure « Hypertension pulmonaire », remaniée par la SSPH, peut désormais être command e ou téléchargée auprès de la Fondation de cardiologie.

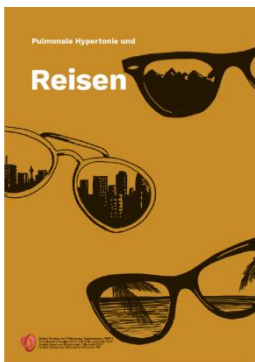


[Vers la brochure](#)

Brochure „Hypertension artérielle pulmonaire et voyages“

Les voyages peuvent représenter un défi pour certaines personnes souffrant d'hypertension pulmonaire pour diverses raisons, ce qui peut les amener à renoncer à voyager.

La brochure « HTP et voyages » contient de précieux conseils pour aider les personnes concernées à planifier leurs voyages, à éviter d'éventuelles complications pendant les vacances et à se sentir en sécurité.



La brochure « Hypertension pulmonaire et voyages » peut être command e gratuitement auprès du bureau de la SSPH.

ssph@meister-concept.ch

[Download](#)



Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
Societ  Svizzera per l'Ipertensione Polmonare SSIP

Brochure „Hypertension pulmonaire et diurétiques“

La prévention de l'insuffisance cardiaque droite est l'un des principaux objectifs du traitement des patients souffrant d'HTP. La brochure « HTP et diurétiques » explique les signes d'une insuffisance cardiaque droite et les mesures préventives à prendre, et explique l'effet et l'utilité des diurétiques avec des conseils pratiques.



La brochure «Hypertension pulmonaire et voyages» peut être command e gratuitement auprès du bureau de la SSPH.

ssph@meister-concept.ch

[Download](#)

Journal de bord de santé

Le journal de santé de la SSPH permet aux personnes concernées de noter et de surveiller régulièrement les symptômes et les paramètres vitaux. Il favorise ainsi un contrôle actif de la santé et peut servir de base de discussion précieuse lors des consultations médicales. En notant des modèles, les patients peuvent également procéder à des ajustements ciblés dans leur autogestion. Cela peut conduire à une plus grande efficacité personnelle (voir par exemple l'étude de Park LG et al. (2017)). Le journal de santé de la SSPH permet aux professionnels et aux personnes concernées de prendre des décisions communes et de renforcer les soins centrés sur le patient ainsi qu'une attitude active et responsable de la part des personnes concernées.



Le journal de santé peut être command e gratuitement auprès du bureau de la SSPH.

ssph@meister-concept.ch



Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
Società Svizzera per l'Ipertensione Polmonare SSIP

Événements dans le domaine de l'hypertension pulmonaire

Septembre 2025

04.09.2025: 2. SSPH Workshop und Annual Meeting, Welle 7 Bern

ab 27.09.2025: [ERS Congress, Amsterdam](#)

Mars 2026

05./06.03.2025: SSPH Kongress, Engelberg



Swiss Society for Pulmonary Hypertension SSPH
 Schweizerische Gesellschaft für Pulmonale Hypertonie SGPH
 Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire SSHP
 Società Svizzera per l'Ipertensione Polmonare SSIP



WINREVAIR®
 (sotatercept) zur Injektion
 45 mg, 60 mg

JETZT ZUGELASSEN³

Pulmonale arterielle Hypertonie (PAH) ist eine fortschreitende, lebensbedrohliche Krankheit^{1,2}



JA ZU MEHR



PAH innovativ behandeln: Der erste Aktivin-Signalweg-Inhibitor (ASI)^{3,4}

mit WINREVAIR®³

Diese Zulassung basiert auf den positiven klinischen Ergebnissen der STELLAR-Studie, die Folgendes zeigte:

Neuer PAH-Therapieweg ^{1,2,3}	Primärer Endpunkt ⁴	Sekundärer Endpunkt ^{1,4}
<p>WINREVAIR® ist ein First-in-Class Aktivin-Signalweg-Inhibitor, der einen innovativen Behandlungsansatz für PAH ermöglicht³⁻⁵</p> 	<p>Signifikante Verbesserung der 6-Minuten-Gehstrecke: +40.8 Meter¹</p>  <p>DAS IST ETWAS MEHR ALS EIN GANZES HANDBALLFELD (95 %-KI: 28; 54; P < 0,001)¹</p>	<p>Zeit bis zum Tod oder zum ersten Ereignis einer PAH-Verschlechterung: 84% Relative Risiko-reduktion¹ (HR 0,16; 95 %-KI: 0,08; 0,35; P < 0,001)¹</p>

Die ECS/ERS-Leitlinien zur pulmonalen Hypertonie empfehlen die Behandlung von PAH-Patienten in spezialisierten PH-Zentren²

Mehr erfahren

ASI: Aktivin-Signalweg-Inhibitor; **PAH:** pulmonale arterielle Hypertonie.
Referenz 1: Hooper MM, et al. Phase 3 trial of Sotatercept for treatment of Pulmonary Arterial Hypertension. N Engl J Med. 2023 Apr 20;388(16):1784-1790. **2:** Humbert M, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Eur Respir J. 2022 Oct 1;43(9):1933-1991. **3:** WINREVAIR®: Arzneimittel-Sachinformation verfügbar auf www.wissmed.ch/med/14124. **4:** Upton N, et al. Treating Pulmonary Arterial Hypertension With Sotatercept: A Meta-Analysis. Circulation. 2023 Jun 6;147(11):848-857. **5:** Humbert M, et al. Sotatercept for the treatment of pulmonary arterial hypertension. N Engl J Med. 2023;388(16):1784-1790. **Studiendesign:** Multizentrierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte, randomisierte Studie, in der Erwachsene mit pulmonaler arterieller Hypertonie (WHO-Funktionsklasse II oder III) unter stabiler Basistherapie nach dem Zufallsprinzip alle 3 Wochen subkutan Sotatercept, Intraliozol 0,3 mg pro Kilogramm Körpergewicht, Zileuton 0,7 mg pro Kilogramm, N=163 oder Placebo (N=160) erhielten. Der primäre Endpunkt war die Veränderung der 6-Minuten-Gehstrecke gegenüber der Baseline in Woche 27, basierend auf dem sekundären Endpunkt der folgenden Reihenfolge geteilt: Verbesserung mehrerer Komponenten, Veränderung des pulmonalen Gefäßwiderstands, Veränderung der Konzentration von NT-pro-BNP, erstmaliges Auftreten eines Placebo vom Typ 0 oder B, Verbesserung der WHO-Funktionsklasse, Zeit bis zum Tod oder bis zur klinischen Verschlechterung, French-Balloon-Kateter- und Veränderungen des Wertes in den Domänen physiologische, kardiorespiratorische Symptome und kognitive/emotionale Implikation des Instruments «Pulmonary Arterial Hypertension: Symptoms and Impact» (PAH SYMPTACT). Alle Beurteilungen erfolgten in Woche 24, mit Ausnahme der Zeit bis zum Tod oder bis zur klinischen Verschlechterung, die beurteilt wurde, ab der letzte Patient den Besuch in Woche 24 absolvierte.
 Nachdrucke der zitierten Literatur können angefordert werden bei docswitzerland@msd.com. Bitte konsultieren Sie vor der Verordnung die vollständige Arznei-mittelfachinformation auf www.wissmed.ch/med/14124. Es ist zu beachten, dass die Genehmigung zur Übernahme der Behandlungskosten für WINREVAIR® noch aussteht. Die Aufnahme dieser Indikation in die Spezialitätenliste (SL) des Bundesamtes für Gesundheit (BfArM) ist unsere Priorität.

Kurzfachinformation WINREVAIR® (sotatercept)
 Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen, siehe Fachinformation (WINREVAIR®) auf www.wissmed.ch/med/14124.
WINREVAIR®: W: Sotatercept ist ein Kombiprodukt mit einer Standardtherapie für die pulmonale arterielle Hypertonie (PAH), zur Behandlung von PAH bei erwachsenen Patienten mit WHO-Funktionsklasse II bis III, zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und zur Verlangsamung der Krankheitsprogression. **D:** Erwachsene einmalig alle 3 Wochen als subkutane Injektion. In Abhängigkeit vom Körpergewicht, von der ersten Dosis kann es 45 mg bis 60 mg (sotatercept) basierend auf Zileuton (0,3 mg/kg) oder Zileuton (0,7 mg/kg) und Intraliozol (0,3 mg/kg) oder Intraliozol (0,7 mg/kg) betragen. **W:** Sotatercept ist ein Arzneimittel zur Anwendung nach Rezeptur (einschließlich subkutaner Injektion) im Bereich Bauch (mündlich vom Naselöffel), Oberarm oder Oberschenkel verabreicht. **K:** Gegenindikationen: Gegenüber Wirkstoffhilfsstoffen. **WH:** Erythrozytose; schwere Thrombozytopenie; schwerwiegende Blutungen; Embryofetale Toxizität; sekundäre Hyperkalzämie. **DD:** Keine Interaktion studiert durchgeföhrt. **S/S:** Schwangerschaft: Nicht empfohlen; Empfängnisverhütung. **UAW (sehr häufig):** Thrombozytopenie, Schwindel, Kopfschmerzen, Epistaxis, Darmhose, Gelenkschmerzen, Ausschlag. **P:** Sotatercept ist ein Arzneimittel zur Herstellung einer Injektionslösung in jeweils zwei Paketen (je ein 45 mg/0,3 mg/kg oder 60 mg/0,7 mg/kg) (Zileuton und Intraliozol) oder jeweils zwei Paketen (je ein 45 mg/0,3 mg/kg oder 60 mg/0,7 mg/kg) (Zileuton und Intraliozol). **AK/B:** Z: MSD Merck Sharp & Dohme AG, Wertstrasse 4, 6005 Luzern, Schweiz. **N:** CH-50130062.

MSD MSD Merck Sharp & Dohme AG
 Wertstrasse 4, 6005 Luzern
 Copyright © 2024 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA und ihrer Tochtergesellschaften. Alle Rechte vorbehalten. CH-SOT-00068, 10/2024