

**Nom générique:** Ibrutinib (prononcé eye BROO ti nib)

**Nom(s) commercial(s):** Imbruvica® de Janssen Biotech, Inc., et Pharmacyclics LLC, une société AbbVie

**Type de médicament:** L'ibrutinib est une thérapie ciblée. Chaque type de thérapie ciblée fonctionne légèrement différemment, mais toutes interfèrent avec la capacité des cellules cancéreuses à croître, se diviser, se réparer et/ou communiquer avec d'autres cellules, tout en minimisant les effets négatifs sur les cellules normales.

## Aperçu sur l'ibrutinib

**Historique :** Les inhibiteurs de la tyrosine kinase de Bruton (BTK) de première et deuxième génération (ibrutinib, acalabrutinib, zanubrutinib, orelabrutinib, tirabrutinib) ont transformé le traitement des cancers des cellules B, y compris celui de la macroglobulinémie de Waldenström (MW). Bien qu'ils soient très efficaces, leurs effets secondaires peuvent entraîner leur arrêt, et comme tous les traitements pour la MW, le développement de résistances à ces médicaments peut limiter leur efficacité. L'ibrutinib, avec ou sans rituximab (un anticorps monoclonal), a reçu l'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis pour le traitement de la MW. L'ibrutinib est également approuvé par la Commission européenne, par Santé Canada, par l'Angleterre (Cancer Drugs Fund) et par la Chine. Les approbations étaient basées sur les résultats d'une étude de phase 2 chez des patients atteints de MW préalablement traités, qui ont montré un taux de réponse global (le pourcentage de patients dont le cancer a répondu au traitement) de 91 % et un délai médian de réponse de quatre semaines. Le National Comprehensive Cancer Network®, un regroupement à but non lucratif des principaux centres de cancérologie des États-Unis, a inclus l'ibrutinib, avec ou sans rituximab, comme protocole privilégié pour le traitement initial (de première ligne) et pour le traitement des maladies récurrentes ou réfractaires. Une maladie récurrente est une maladie qui a répondu à la thérapie avec une amélioration des signes et des symptômes pendant une période, mais qui est redevenue active. Une maladie réfractaire, en revanche, est une maladie qui n'a pas répondu à la thérapie.

**Mécanisme d'action :** L'ibrutinib inhibe la fonction de la BTK, une molécule de signalisation clé du complexe de signalisation du récepteur des cellules B, jouant un rôle crucial dans la survie des cellules B malignes. L'ibrutinib bloque les signaux de la BTK qui favorisent la croissance et la division incontrôlable des cellules B malignes. Cependant, des mutations dans

le gène BTK peuvent rendre les cellules cancéreuses résistantes à l'ibrutinib et à des inhibiteurs de la BTK de première et deuxième génération similaires.

**Posologie** : La posologie pour la MW est généralement d'un comprimé de 420 mg, ou de trois capsules de 140 mg ou encore de 6 mL (6 mL = 420 mg) de suspension orale liquide par jour.

**Effets secondaires** : Les études liées au traitement par l'ibrutinib ont associé son utilisation à une diminution du nombre de plaquettes (thrombocytopenie) ou à une réduction de la fonction plaquettaire. Comme les plaquettes sont nécessaires à la coagulation du sang, l'ibrutinib peut provoquer des ecchymoses, des saignements ou des hémorragies. D'autres effets secondaires peuvent inclure une diminution du nombre de globules blancs, une diminution du nombre de globules rouges (anémie), une diminution du nombre de neutrophiles (neutropénie) augmentant le risque d'infection, des problèmes de rythme cardiaque (fibrillation auriculaire, flutter auriculaire et rarement des arythmies ventriculaires), une insuffisance cardiaque et la mort, des nausées, de la constipation ou de la diarrhée, des douleurs musculaires osseuses et articulaires, des éruptions cutanées, une élévation de la pression artérielle (hypertension). Des cancers secondaires (y compris des cancers de la peau ou d'autres organes) ainsi que des problèmes hépatiques ont été rapportés. Et bien que rare, un syndrome de lyse tumorale (SLT). Le SLT est un trouble causé par la dégradation rapide des cellules cancéreuses, ce qui peut entraîner une insuffisance rénale et d'autres anomalies.

**Principaux résultats des essais cliniques avec l'ibrutinib** : L'essai de phase 3 iNOVATE a démontré l'efficacité soutenue de l'ibrutinib plus rituximab chez les patients atteints de MW, montrant une amélioration significative de la survie sans progression (le temps pendant lequel un patient atteint de cancer vit sans que son cancer ne progresse ou ne s'aggrave) par rapport au placebo plus rituximab.

Des études ont montré que le traitement par ibrutinib en monothérapie induit des réponses durables (de longue durée) chez les patients naïfs de traitement (qui n'avaient pas reçu de traitement préalable pour la MW) et chez les patients préalablement traités, avec des taux de réponse et une survie sans progression impactés par le statut mutationnel de MYD88 et CXCR4. Une efficacité de l'association de l'ibrutinib avec le rituximab a été démontrée dans l'étude iNOVATE. L'ibrutinib combiné avec les inhibiteurs du protéasome bortezomib, carfilzomib et/ou ixazomib est en cours d'investigation dans des essais cliniques.

## Au-delà de cet aperçu

**Ibrutinib** a été la première thérapie approuvée par la FDA des États-Unis pour traiter la MW. La MW est rare, et peu d'études randomisées ont comparé différentes options de traitement de première ligne. Les essais cliniques de phase 2 et les études rétrospectives (celles qui examinent les résultats de santé dans le passé) ont fourni le plus de preuves pour le traitement de la MW. En raison des nombreuses options de traitement et du manque d'essais randomisés, les directives actuelles recommandent diverses thérapies initiales adaptées à l'historique médical de chaque individu et à la raison du traitement.

L'introduction des inhibiteurs de la tyrosine kinase de Bruton (BTKI) de première et deuxième génération, tels que l'ibrutinib, s'est révélée être la monothérapie (thérapie à agent unique) la plus efficace pour la MW. Dans le traitement de première ligne des patients atteints de MW, l'ibrutinib a été associé à un taux de réponse partielle très bon de 30 % (avec une réponse partielle très bonne définie comme une réduction de 90 % ou plus de l'IgM). Bien que ces médicaments produisent d'excellents taux de réponse, ils peuvent entraîner des effets secondaires et nécessitent une thérapie continue et indéfinie pour contrôler la maladie. De plus, le profil génétique de la cellule MW, y compris les mutations dans MYD88 et/ou CXCR4, peut affecter l'efficacité des BTKI tels que l'ibrutinib, soulignant la nécessité de thérapies combinées pour surmonter ces défis. Les mutations CXCR4 impactent négativement le temps de réponse, le taux de réponse partielle très bon et la survie sans progression.

## Comment fonctionne l'ibrutinib ?

L'ibrutinib inhibe la fonction de la BTK, une molécule de signalisation clé dans le complexe de signalisation du récepteur des cellules B, jouant un rôle crucial dans la survie des cellules B malignes. L'ibrutinib bloque les signaux de la BTK qui stimulent la croissance et la division incontrôlée des cellules B malignes. Cependant, des mutations peuvent survenir dans le gène BTK, en particulier celles affectant le site C481, où la protéine se lie aux inhibiteurs de la BTK ; cela rend les cellules cancéreuses résistantes à l'ibrutinib et à des inhibiteurs de la BTK de première et deuxième génération similaires.

## Comment l'ibrutinib est-il administré ?

La posologie recommandée pour la MW est généralement un comprimé de 420 mg, trois capsules de 140 mg ou 6 mL de suspension liquide orale, pris une fois par jour avec un verre d'eau à la même heure chaque jour. Ne pas couper, écraser ou mâcher le comprimé ou les

capsules. Il est recommandé que le comprimé ou les capsules soient avalés entiers avec de l'eau ou que de l'eau soit consommée après la suspension liquide orale. Le médicament peut être pris avec ou sans nourriture. Si vous ressentez des maux d'estomac, prenez l'ibrutinib avec des aliments faibles en gras.

Si vous oubliez une dose d'ibrutinib, prenez-la dès que vous vous en souvenez le même jour. Prenez la dose suivante d'ibrutinib à l'heure habituelle le jour suivant. Ne prenez pas de doses supplémentaires d'ibrutinib pour compenser une dose oubliée. Si vous vomissez après avoir pris l'ibrutinib, ne prenez pas de dose supplémentaire.

Vous ne devez pas boire de jus de pamplemousse ni manger de pamplemousse, de carambole ou d'oranges de Séville (souvent utilisées dans les marmelades) pendant le traitement par l'ibrutinib. Ces produits peuvent augmenter la quantité d'ibrutinib dans votre sang, augmentant potentiellement les effets secondaires.

Les effets secondaires de la thérapie peuvent nécessiter une interruption du traitement, une réduction de la posologie ou un arrêt. La dose peut devoir être réduite chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère.

## **Combien de temps pouvez-vous continuer à prendre l'ibrutinib ?**

L'ibrutinib interfère avec la capacité des cellules cancéreuses de la MW à croître ou à se multiplier. Bien que ce médicament soit une avancée importante dans le traitement de la MW, il ne guérit pas la maladie, et l'efficacité du traitement peut être limitée par les effets secondaires et la capacité des cellules cancéreuses à développer une résistance à ces médicaments.

L'ibrutinib est généralement continué indéfiniment, s'il est bien toléré, si la progression limitée de la maladie est limitée et si aucune toxicité grave n'est survenue. Chez certaines personnes, de très bonnes réponses partielles peuvent survenir dans les trois à six mois.

L'arrêt ou la suspension temporaire de l'ibrutinib peut entraîner des symptômes de sevrage chez environ 20 % des patients atteints de MW. Les symptômes incluent fièvre, douleurs corporelles, sueurs nocturnes, arthralgies, frissons, maux de tête et fatigue. Ces symptômes peuvent ne pas avoir été présents avant de commencer la thérapie par l'ibrutinib et peuvent ou non être des preuves de progression de la maladie, selon d'autres résultats cliniques. Des études ont montré que les patients qui présentent des symptômes de sevrage de l'ibrutinib, en particulier dans la MW, pourraient bénéficier d'un court traitement par prednisone. Cependant, il est important de

noter que tous les symptômes de sevrage de l'ibrutinib ne nécessitent pas de traitement par stéroïdes, et la décision doit être prise en consultation avec un professionnel de la santé.

## **Quels sont certains des effets secondaires de l'ibrutinib ?**

Étant donné que la MW n'est actuellement pas curable, l'objectif du traitement par l'ibrutinib est de réduire la maladie suffisamment pour soulager les symptômes et réduire le risque de dommages aux organes. Dans les essais cliniques, la thérapie par l'ibrutinib a été généralement bien tolérée et efficace.

La plupart des gens ne ressentiront pas tous les effets secondaires listés. Les effets secondaires sont souvent prévisibles en ce qui concerne leur apparition, leur durée et leur gravité. Beaucoup sont réversibles et disparaîtront après la fin du traitement. Certains effets secondaires nécessitent des réductions de dose ou l'arrêt de l'ibrutinib, selon l'avis de votre oncologue.

Les effets secondaires suivants de l'ibrutinib sont courants (survenant chez plus de 30 % des patients) : diminution du nombre des plaquettes ou altération de la fonction plaquettaire, entraînant des risques de saignement, diarrhée, neutropénie (diminution des neutrophiles), anémie (diminution de l'hémoglobine), fatigue, douleurs musculo-squelettiques, gonflement, infections des voies respiratoires supérieures, nausées et ecchymoses.

Les effets secondaires suivants sont moins courants (survenant chez environ 10-30 % des patients) : hypertension, essoufflement, constipation, éruption cutanée, douleurs abdominales, vomissements, diminution de l'appétit, toux, fièvre, inflammation de la bouche et des lèvres, vertiges, infection des voies urinaires, pneumonie, infections cutanées, faiblesse ou perte de force musculaire, spasmes musculaires, sinusite, maux de tête, déshydratation, indigestion, pétéchies (taches rouges ou violettes causées par des saignements capillaires), douleurs articulaires et musculaires, et saignements de nez.

Des battements de cœur anormaux, tels que la fibrillation auriculaire, surviennent chez 5-10 % des patients prenant ce médicament. Appelez votre médecin immédiatement si vous avez un rythme cardiaque rapide (plus de 100 battements par minute au repos complet) ou anormal, des douleurs thoraciques, des vertiges, une pression artérielle basse ou si vous vous sentez sur le point de vous évanouir. La fibrillation auriculaire causée par l'ibrutinib est généralement traitée avec des médicaments ; parfois, des modifications de dose ou des procédures interventionnelles sont nécessaires. Les procédures interventionnelles pour la fibrillation auriculaire (cardioversion électrique et ablation par cathéter) visent à gérer les symptômes,

prévenir les complications telles que l'accident vasculaire cérébral et potentiellement à rétablir un rythme cardiaque normal. Les changements de mode de vie, comme la gestion des pathologies sous-jacentes et la réduction des facteurs déclenchants, sont également cruciaux. La fibrillation auriculaire peut être intermittente, et vous pouvez avoir une être porteur d'une fibrillation auriculaire sans le ressentir.

Des problèmes de saignement graves ont rarement été observés avec l'ibrutinib. L'utilisation de l'ibrutinib chez les patients nécessitant des anticoagulants ou d'autres médicaments qui inhibent la fonction plaquettaire peut augmenter le risque de saignement, et des précautions doivent être prises si un traitement anticoagulant est utilisé. La maladie de Willebrand acquise est un trouble de la coagulation (mécanisme pour arrêter un saignement) et peut survenir avec un niveau élevé d'IgM. Il est recommandé d'effectuer des tests de dépistage de la maladie de Willebrand chez les patients atteints de MW ayant des antécédents de saignement avant de commencer l'ibrutinib. Le risque de saignement devrait être discuté avec votre médecin.

Ce médicament peut augmenter le risque de développer certains types de cancer, en particulier le cancer de la peau. Un dermatologue devrait effectuer des contrôles réguliers de la peau chez les patients prenant le médicament. La supplémentation en biotine a été utilisée pour gérer les changements des ongles, de la peau et des cheveux liés à l'ibrutinib, mais aucune preuve scientifique ne soutient sa sécurité ou son efficacité. La FDA conseille aux patients d'informer leurs professionnels de santé de toute supplémentation qu'ils pourraient prendre contenant de la biotine, car cela peut affecter l'exactitude de certains résultats de tests sanguins.

Les patients atteints de cancer qui prennent ce médicament peuvent rarement développer un problème de santé grave appelé syndrome de lyse tumorale (SLT). Appelez votre médecin immédiatement si vous ressentez un rythme cardiaque rapide ou irrégulier, des évanouissements, des difficultés à uriner, une faiblesse musculaire ou des crampes, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des difficultés à manger ou une sensation de léthargie.

Des problèmes rénaux graves ont été observés avec ce médicament. Appelez votre médecin immédiatement si vous êtes incapable d'uriner, ou si vous avez du sang dans vos urines ou un changement dans la quantité d'urine que vous urinez.

Cinq à vingt pour cent des patients atteints de MW recevant de l'ibrutinib dans divers essais cliniques ont interrompu le traitement en raison d'effets secondaires inacceptables (événements

indésirables). Des effets secondaires inacceptables ont conduit à des réductions de dose chez 25 % des patients atteints de MW.

Si vous ressentez des effets secondaires, informez votre professionnel de santé. Certains médicaments et stratégies peuvent aider à réduire leur gravité. Si nécessaire, des traitements alternatifs pour la MW peuvent être envisagés.

## **Comment l'ibrutinib de première génération se compare-t-il au zanubrutinib ou à l'acalabrutinib de deuxième génération ?**

Plusieurs options de traitement existent pour les patients atteints de MW symptomatique, mais aucune grande étude randomisée n'a comparé les protocoles couramment utilisés. Par conséquent, la sélection du traitement est hautement personnalisée et doit prendre en compte la présentation clinique du patient, les comorbidités (l'existence de plus d'une maladie ou problème médical en même temps), les autres médicaments actuels, le profil génomique, les objectifs de traitement et les préférences personnelles. Les comorbidités individuelles (par exemple, les effets secondaires cardiaques de l'ibrutinib) guident souvent le choix entre BTKI de première (ibrutinib) vs. deuxième génération (acalabrutinib, zanubrutinib) pour la thérapie de première ligne.

Le zanubrutinib était aussi efficace que l'ibrutinib mais était associé à des taux plus faibles de diarrhée, d'éruption cutanée et de fibrillation auriculaire dans l'étude de phase 3 ASPEN. Cette étude comparative randomisée 1:1 entre l'ibrutinib et le zanubrutinib chez les patients présentant une mutation MYD88, a été mise à jour lors du 11e Atelier international sur la macroglobulinémie de Waldenstrom (IWWM-11) en 2023. Elle a démontré un taux plus faible de fibrillation auriculaire (8 % contre 25 %) et d'hypertension artérielle (15 % contre 26 %) pour le zanubrutinib par rapport à l'ibrutinib. Un taux plus élevé de neutropénie a été rapporté pour le zanubrutinib par rapport à l'ibrutinib. Cependant, cela ne s'est pas traduit par un taux plus élevé d'infections parmi les patients sous zanubrutinib, avec un suivi médian de 45 mois. Moins de patients dans le bras zanubrutinib ont ressenti des effets secondaires indésirables entraînant l'arrêt du traitement (9 % contre 20 %) ou des réductions de dose (14 % contre 23 %). Il y avait une tendance à des réponses plus profondes, plus précoces et plus durables avec le zanubrutinib par rapport à l'ibrutinib. Le zanubrutinib peut également fournir des réponses plus rapides et plus profondes chez les patients présentant une mutation CXCR4, et des réponses au zanubrutinib ont également été observées chez les patients avec la forme sauvage du gène MYD88 (non muté).

Dans l'ensemble, aucune différence de survie sans progression ou de survie globale (la durée moyenne pendant laquelle les patients atteints d'une maladie spécifique vivent après leur diagnostic ou le début du traitement) n'a été observée entre les bras zanubrutinib et ibrutinib. Cependant, les patients qui présentent la mutation CXCR4 ont montré une tendance à une survie sans progression supérieure avec le zanubrutinib. Ainsi, les deux inhibiteurs de BTK (BTKI) sont des options de traitement efficaces, et les comorbidités individuelles des patients et le statut mutationnel MYD88 et CXCR4 doivent être pris en compte lors de la discussion de ces deux BTKI avec votre professionnel de santé.

Les données des essais cliniques sur l'acalabrutinib suggèrent que ce BTKI est également sûr et bien toléré, avec des réponses durables et une toxicité limitée chez les patients atteints de MW. L'essai clinique BRAWM en cours, mené dans neuf sites cliniques à travers le Canada, combine le protocole de chimiothérapie-immunothérapie de bendamustine-rituximab (BR) avec l'acalabrutinib dans un traitement d'une durée fixe d'un an, consistant en six cycles de BR et 12 mois d'acalabrutinib. Plus de la moitié des participants ont obtenu une très bonne réponse partielle, représentant une réduction de 90 % des niveaux d'IgM sérique par rapport au taux initial, et une résolution complète de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et de la rate. Un essai basé en Chine a rapporté des résultats similaires à ceux utilisant BR plus zanubrutinib.

## **Quand faut-il contacter immédiatement un professionnel de santé ?**

Bien qu'il soit rare d'avoir des effets secondaires graves, certaines personnes peuvent en avoir en prenant de l'ibrutinib. Informez votre médecin immédiatement si vous avez l'un des signes ou symptômes suivants, car vous pourriez avoir besoin d'une prise en charge médicale immédiate :

- Réactions allergiques – Celles-ci incluent des éruptions cutanées, des démangeaisons, de l'urticaire et un gonflement du visage, des lèvres, de la langue ou de la gorge.
- Saignement – Recherchez des selles sanglantes ou noires, semblables à du goudron, des vomissements de sang ou de matière brune ressemblant à du marc de café, des urines rouges ou brun foncé, de petites taches rouges ou violettes sur la peau, des ecchymoses inhabituelles ou des saignements. Votre risque de saignement grave peut augmenter si vous prenez également un médicament pour prévenir les caillots sanguins.
- Changements de rythme cardiaque – Des problèmes de rythme cardiaque graves (arythmies ventriculaires, fibrillation auriculaire et flutter auriculaire), une insuffisance cardiaque et la mort sont survenus chez des personnes traitées par l'ibrutinib, en particulier chez les personnes ayant une infection, un risque accru de maladie cardiaque ou ayant eu des problèmes de rythme cardiaque dans le passé. Votre fonction cardiaque

doit être vérifiée avant et pendant le traitement par l'ibrutinib. Informez votre professionnel de santé si vous avez des symptômes potentiels de problèmes cardiaques, tels que la sensation que votre cœur bat rapidement et de manière irrégulière ; des étourdissements ; des vertiges ; un essoufflement ; un gonflement des pieds, des chevilles ou des jambes ; une gêne thoracique ; ou une sensation de faiblesse. Si vous développez l'un de ces symptômes, votre médecin peut effectuer des tests pour vérifier l'état de votre cœur et peut modifier votre dose d'ibrutinib.

- Infection – Les signes et symptômes incluent fièvre, frissons, toux, mal de gorge, plaies qui ne guérissent pas, douleur ou difficulté à uriner, et une sensation générale de malaise ou de malaise.
- Lésion hépatique – Cela peut être indiqué par une douleur dans le haut du ventre droit, une perte d'appétit, des nausées, des selles de couleur claire, des urines jaune foncé ou brunes, une peau ou des yeux jaunes, et une faiblesse ou une fatigue inhabituelles.
- Faible nombre de globules rouges (anémie) – Les signes et symptômes incluent une faiblesse ou une fatigue inhabituelles, des étourdissements, des maux de tête, des difficultés respiratoires.
- Si vous prenez trop d'ibrutinib, appelez votre médecin ou le centre antipoison ou rendez-vous immédiatement à la salle d'urgence de l'hôpital le plus proche.

## **Effets secondaires qui ne nécessitent généralement pas de soins médicaux (signalez-les à votre équipe de soins s'ils persistent ou sont gênants) :**

- Douleurs osseuses, articulaires ou musculaires
- Toux
- Fatigue
- Changements de la peau et des ongles

La diarrhée est un effet secondaire courant chez les personnes prenant de l'ibrutinib. Buvez beaucoup de liquides pendant le traitement par l'ibrutinib pour réduire votre risque de perdre trop de liquide (déshydratation) en raison de la diarrhée. Informez votre professionnel de santé si vous avez une diarrhée qui ne disparaît pas.

Ce ne sont pas tous les effets secondaires qui peuvent survenir avec l'ibrutinib. En général, il est toujours bon de signaler à votre professionnel de santé si vous ressentez des symptômes inhabituels. Certains effets secondaires graves peuvent nécessiter des modifications de la thérapie, telles que la réduction de la dose ou l'arrêt de l'utilisation du médicament. Aux États-Unis, vous êtes encouragé à signaler les effets secondaires négatifs des médicaments sur ordonnance à la FDA. Visitez [www.fda.gov/medwatch](http://www.fda.gov/medwatch) ou appelez le 1-800-FDA-1088.

## Quelles sont quelques conseils d'auto-soins pendant la prise d'ibrutinib ?

Voici quelques éléments dont vous devez être conscient ou que vous devez faire pendant la prise de ce médicament. Avant de commencer le traitement par l'ibrutinib, informez votre médecin de toutes vos pathologies, y compris si vous :

- Avez des allergies aux médicaments, aliments ou autres substances.
- Avez des problèmes médicaux, en particulier des maladies cardiaques, rénales ou hépatiques.
- Êtes enceinte ou pourriez l'être. Ce médicament peut causer des dommages à un bébé à naître. Un test de grossesse sera effectué avant de commencer l'ibrutinib pour s'assurer que vous n'êtes pas enceinte. Vous ne pouvez pas allaiter pendant la prise de ce médicament et pendant une semaine après votre dernière dose. Les femmes fertiles (en capacité de tomber enceintes) doivent utiliser une contraception efficace pendant le traitement et pendant au moins une semaine après la dernière dose d'ibrutinib.
- Souhaitez devenir père. L'ibrutinib peut altérer la fertilité chez certains hommes ; cette infertilité peut se résoudre après le traitement, durer plusieurs années ou être permanente. Discutez-en avec votre médecin.
- Prenez des médicaments qui préviennent ou traitent les caillots sanguins (ex : anticoagulants).
- Si vous avez un traitement en cours. L'ibrutinib peut affecter le fonctionnement d'un traitement, et la prise de médicaments peut affecter le fonctionnement de l'ibrutinib. Les inhibiteurs ou inducteurs du CYP3A peuvent interagir avec l'ibrutinib, et votre médecin peut avoir besoin d'ajuster la dose d'ibrutinib en l'augmentant ou en la réduisant, ou peut suggérer d'autres modifications de votre protocole de traitement pour minimiser le risque d'effets secondaires et garantir que vos médicaments fonctionnent comme prévu.

Pendant la prise d'ibrutinib :

- Vous pouvez avoir un risque d'infection accru, essayez donc d'éviter les bains de foules ou les personnes atteintes d'infections, de rhumes ou de gripes, et lavez-vous souvent les mains.
- Vous pouvez saigner plus facilement. Évitez les sports de contact ou les activités pouvant causer des blessures. Utilisez un rasoir électrique et une brosse à dents souple pour minimiser les saignements.
- Pour aider à prévenir/traiter les plaies buccales, utilisez une brosse à dents souple et rincez trois fois par jour avec 1 cuillère à café de bicarbonate de soude mélangée à un verre d'eau.

- Pour réduire les nausées, prenez des médicaments anti-nauséeux prescrits par votre médecin et mangez de petits repas fréquents. En général, la consommation de boissons alcoolisées doit être réduite au minimum ou évitée complètement.
- Pendant la prise d'ibrutinib, ne prenez pas d'aspirine ou de produits contenant de l'aspirine, sauf si votre médecin vous le permet spécifiquement.
- Si vous devez subir une intervention chirurgicale ou une autre procédure, informez votre équipe de soins de santé que vous utilisez ce médicament. Vous devrez peut-être arrêter ce médicament avant l'intervention. Selon le type de chirurgie et le risque de saignement, l'ibrutinib peut être suspendu pendant au moins 3 à 7 jours avant et après la chirurgie.
- Informez votre dentiste et votre chirurgien buccal que vous prenez ce médicament. Vous ne devez pas subir de chirurgie dentaire majeure pendant la prise de ce médicament. Selon le type de chirurgie dentaire/buccale et le risque de saignement, l'ibrutinib peut être suspendu pendant au moins 3 à 7 jours avant et après la chirurgie. Votre dentiste et votre équipe de soins de santé détermineront le risque/bénéfice de l'arrêt de l'ibrutinib. Consultez votre dentiste pour un examen dentaire et réparez tout problème dentaire avant de commencer ce médicament. Prenez bien soin de vos dents pendant la prise de ce médicament. Assurez-vous de consulter régulièrement votre dentiste pour des rendez-vous de suivi.
- Gardez l'ibrutinib hors de la portée des enfants et des animaux domestiques.
- Conservez l'ibrutinib à température ambiante, entre (20-25 degrés C ; des différences de température brèves sont permises entre 15-30 degrés C. Comme pour d'autres médicaments, ramenez à la pharmacie tout médicament inutilisé après la date d'expiration.
- Ne partagez pas ce médicament avec d'autres, il est uniquement pour vous.

## Comment serai-je surveillé pendant la prise d'ibrutinib ?

Vous serez régulièrement contrôlé par votre médecin pour surveiller les effets secondaires et évaluer votre réponse à la thérapie. Des analyses de sang périodiques seront effectuées pour surveiller vos numérations sanguines et évaluer la fonction de vos organes, tels que votre foie et vos reins.

## Remerciements

L'IWMMF reconnaît les contributions importantes aux directives de traitement faites par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN)<sup>®</sup> et les International Workshops on Waldenstrom Macroglobulinemia.

L'IWMF reconnaît également le Dr Jorge Castillo du Dana-Farber Cancer Institute pour la révision médicale de cette publication.

## À propos de l'IWMF

L'International Waldenstrom's Macroglobulinemia Foundation (IWMF), la seule organisation internationale dédiée uniquement à la MW, est une organisation à but non lucratif fondée et dirigée par des patients avec une vision simple mais convaincante, "Un monde sans MW", et une mission, "Soutenir et éduquer toutes les personnes touchées par la MW pour améliorer les résultats des patients tout en faisant progresser la recherche d'un remède."

L'IWMF dépend des contributions des donateurs pour remplir sa mission, et nous accueillons votre soutien. Vous pouvez contribuer à l'organisation en visitant notre site Web à [www.iwmf.com](http://www.iwmf.com) ou en envoyant un chèque à l'International Waldenstrom's Macroglobulinemia Foundation, 6144 Clark Center Ave., Sarasota, FL 34238. Notre bureau peut être contacté par téléphone au 941 927-4963, par fax au 941-927-4467, ou par email à [info@iwmf.com](mailto:info@iwmf.com).

Les informations présentées ici sont destinées à des fins éducatives uniquement. Elles ne sont pas destinées à remplacer les conseils médicaux professionnels. Les patients doivent utiliser les informations fournies en consultation complète avec, et sous la supervision d'un médecin expérimenté dans le traitement de la MW. Nous déconseillons l'utilisation par un patient de toute information contenue ici sans la divulguer à son spécialiste médical.

Copyright© The International Waldenstrom's Macroglobulinemia Foundation

Juin 2025