



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE PHARMACIE ONCOLOGIQUE  
ONCOLIEN®

Fiche d'aide à la délivrance de chimiothérapie destinée aux professionnels de santé

## RUXOLITINIB - JAKAVI®

### Présentation

| Classification médicamenteuse                   | Dosage                          | Photographies |
|---|---------------------------------|---------------|
| Thérapie ciblée : Inhibiteur de kinases JAK 1/2 | 5 mg<br>10 mg<br>15 mg<br>20 mg |               |

### Indications AMM

**Splénomégalie ou des symptômes** liés à la maladie chez le patient atteint de **myélofibrose primitive** (appelée également myélofibrose chronique idiopathique), de **myélofibrose secondaire** à la maladie de Vaquez (polycythémie vraie) ou de myélofibrose secondaire à la thrombocytémie essentielle.

**Maladie de Vaquez** chez les patients qui sont résistants ou intolérants à l'hydroxyurée.

D'autres indications hors AMM peuvent parfois être proposées

### Posologie - Mode d'administration

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 prises par jour, à heure fixe, pendant ou en dehors des repas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En continu  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Posologie : **5 à 20 mg x 2/jour** en fonction de l'indication et du taux de plaquettes

Patients avec un taux de plaquettes > 200 000/mm<sup>3</sup>: 20 mg x2/j

Patients avec un taux de plaquettes entre 100 000/mm<sup>3</sup> et 200 000/mm<sup>3</sup>: 15 mg x 2/j

Maladie de Vaquez : 10 mg x 2/j

Patients avec un taux de plaquettes entre 50 000/mm<sup>3</sup> et 100 000/mm<sup>3</sup>: 5mg x 2/j

Adaptations de dose possibles jusqu'à 5 mg x2/jour ou 25 mg x 2/jour en fonction de la tolérance et de la réponse clinique (évaluée 4 semaines après l'initiation)

En cas d'oubli ou de vomissement : ne pas prendre de prise supplémentaire, mais attendre la prise suivante

Comprimés à **avalier entiers** avec un verre d'eau

Comprimés à **prendre à heure fixe**, pendant ou en dehors des repas

Réévaluation du traitement : après 6 mois de traitement, en l'absence de réduction de la taille de la rate ou d'amélioration des symptômes, le traitement doit être arrêté

En cas d'interruption de traitement des symptômes de myélofibrose peuvent réapparaître sur une période de 1 semaine

Conservation < 25°C, ne pas déconditionner les comprimés dans un pilulier

### Conditions de prescription et délivrance

Disponible en **pharmacie de ville**

**Prescription hospitalière** réservée aux spécialistes en hématologie ou aux médecins compétents en maladies du sang (Oncologie-hématologie, Médecine interne)

Médicament nécessitant une **surveillance particulière** pendant le traitement



ONCOLIEN de SFPO est mis à disposition selon les termes de la <sup>1/4</sup> licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Fondé(e) sur une œuvre à <https://oncolien.sfpo.com>.

Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à <https://www.sfpo.com>

## Effets indésirables

| Toxicité                                | Fréquence     | Grade | Surveillance/Prévention  |
|---|---------------|-------|--|
| <b>Hématologique</b>                    |               |       |  |
| Thrombopénie                            | TRES FREQUENT | 3 à 4 | Surveillance NFS toutes les 2 semaines pendant les 2 <sup>es</sup> mois puis mensuellement. Effets indésirables dose-dépendants et réversibles à l'arrêt du traitement. Thrombopénie : apparaît dans les 8 semaines – Réversible à l'arrêt en 14 jours environ. Transfusions de plaquettes possibles. Taux de plaquette < 100 000/mm <sup>3</sup> : diminution de la dose envisagée. Taux de plaquettes < 50 000/mm <sup>3</sup> : interruption du traitement. |
| Neutropénie                             | TRES FREQUENT | 3 à 4 | Surveillance NFS toutes les 2 semaines pendant les 2 <sup>es</sup> mois puis mensuellement. Effets indésirables dose-dépendants et réversibles à l'arrêt du traitement. Neutropénie : apparaît dans les 12 semaines. Neutropénie < 500/mm <sup>3</sup> : interruption du traitement.   |
| Anémie                                  | TRES FREQUENT | 1 à 3 | Surveillance NFS toutes les 2 semaines pendant les 2 premiers mois puis mensuellement. Effets indésirables dose-dépendants et réversibles à l'arrêt du traitement. Apparaît dans les 8 à 12 semaines. Transfusions de culots globulaires possibles. Dans la maladie de Vaquez si Hémoglobine < 10 g/dl : diminution de la dose recommandée Hémoglobine < 8 g/dl : interruption du traitement   |
| Ecchymoses, hémorragies                 | TRES FREQUENT | 2 à 4 | Surveillance des patients à risques (anticoagulants, antiagrégant plaquettaires). Anti-inflammatoires à éviter.  |
| <b>Système nerveux</b>                  |               |       |  |
| Céphalées                               | TRES FREQUENT |       | Prescription d'antalgiques possible  |
| Etourdissements, vertiges               | TRES FREQUENT |       |  |
| <b>Gastro-Intestinale</b>               |               |       |  |
| Constipation, flatulences               | FREQUENT      |       | Alimentation adaptée riche en fibres et hydratation abondante. Exercice physique régulier. Prescription possible de traitements laxatifs.  |
| Prise de poids                          | FREQUENT      |       |  |
| <b>Troubles métabolisme</b>             |               |       |  |
| Hypercholestérolémie                    |               | 1 à 2 |  |
| Hypertriglycéridémie                    |               | 1 à 2 |  |
| <b>Hépatique</b>                        |               |       |  |
| Augmentation ASAT/ALAT                  | TRES FREQUENT | 1 à 2 | Surveillance du bilan hépatique régulière  |
| <b>Infections</b>                       |               |       |  |
| Infections urinaires, zona, tuberculose | FREQUENT      |       | Recherche d'une tuberculose latente avant de débiter le traitement.  |
| <b>Cardiaque</b>                        |               |       |  |
| Hypertension artérielle                 | TRES FREQUENT |       | Mesure de la tension après 20 min de repos. Consultation médicale si PAS > 140 ou PAD > 90 après plusieurs mesures répétées ou PAS > 160 ou PAD > 100 ou hypertension symptomatique. Prescription d'un antihypertenseur possible.  |

Pour toute information complémentaire concernant les effets indésirables et leur gestion, consulter les « [recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux par voie orale](#) » de l'Institut National du Cancer

## Populations particulières et recommandations

**Insuffisance hépatique** : métabolisation hépatique importante, adaptation de la posologie en cas d'insuffisance hépatique (50% de la dose initiale). En cas d'insuffisance hépatique au cours du traitement, une surveillance de l'hémogramme complet est nécessaire toutes les 1 à 2 semaines.

**Insuffisance rénale** : élimination rénale mineure, adaptation de la posologie en cas d'insuffisance rénale sévère – CICr < 30 ml/min (50% de la dose initiale). Adaptation de la posologie en fonction du taux de plaquettes pour les patients dialysés. Administration les jours de la dialyse juste après la séance.

**Patients âgés** : aucune adaptation de la posologie.



#### Bilan biologique

Surveillance NFS régulière



#### Grossesse et allaitement

Contraception obligatoire chez les femmes et les hommes pendant le traitement Allaitement contre-indiqué

## Métabolismes et transporteurs

|            | 2C9  | 3A4/5 | P-gp |
|------------|--|-------|------|
| Substrat   |  |       |      |
| Inducteur  |  |       |      |
| Inhibiteur |  |       |      |
|            | Voie métabolique majeure / inhibiteur-inducteur puissant |       |      |
|            | Voie métabolique mineure / inhibiteur-inducteur modéré   |       |      |

## Interactions médicamenteuses majeures

Avec les inhibiteurs puissants du CYP 3A4 : **Augmentation des concentrations plasmatiques (ASC 91%) pouvant majorer les effets indésirables (cytopénies)**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Inhibiteurs de protéase</b> : indinavir, lopinavir/ritonavir, ritonavir, saquinavir, télaprévir, nelfinavir, bocéprévir</p> <p><b>Antifongiques azolés</b> : kétoconazole, itraconazole, posaconazole, voriconazole</p> <p><b>Antibiotiques macrolides</b> : clarithromycine, télithromycine</p> | <p><b>Conseil(s)</b> :</p> <p>La dose de ruxolitinib doit être diminuée de 50%, administration en deux fois par jour. Surveillance NFS régulière</p> |
|--|--|

Autres inhibiteurs du CYP 3A4 : **Augmentation des concentrations plasmatiques (ASC 27%) pouvant majorer les effets indésirables (cytopénies)**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Antihypertenseurs</b> : amiodarone, vérapamil, diltiazem</p> <p><b>Anti H2</b> : cimétidine <b>Antibiotiques</b> : érythromycine, ciprofloxacine</p> <p><b>Inhibiteur de protéase</b> : amprénavir, atazanavir</p> | <p><b>Conseil(s)</b> :</p> <p>Aucune adaptation posologique n'est recommandée. Surveillance NFS régulière</p> |
|--|---|

Avec des inhibiteurs doubles du CYP 3A4 et 2C9

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p><b>Fluconazole</b></p> | <p><b>Conseil(s)</b> :</p> <p>En cas d'association avec des médicaments doubles inhibiteurs: une réduction de 50% de la dose de ruxolitinib est recommandée.</p> |
|---------------------------|--|

Avec les inducteurs puissants du CYP 3A4 : **Diminution des concentrations plasmatiques (ASC 70%) pouvant amener à un risque d'échec thérapeutique**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Antiépileptiques</b> : carbamazépine, oxcarbazépine, phénytoïne, fosphénytoïne, phénobarbital, primidone</p> <p><b>Antibiotiques</b> : rifampicine, rifabutine</p> <p><b>Autres</b> : efavirenz, bosentan, dexaméthasone</p> | <p><b>Conseil(s)</b> :</p> <p>Augmentation de la dose possible, adaptation en fonction de la tolérance et de l'efficacité.</p> |
|--|--|

Avec d'autres médicaments **substrats de la P-gp** :

|   |   |
|---|---|
| <p>dabigatran, la ciclosporine, la rosuvastatine et potentiellement la digoxine</p> | <p><b>Conseil(s)</b> :</p> <p>Association à prendre en compte</p> |
|---|---|



L'utilisation concomitante de traitements cytoréducteurs ou de facteurs de croissance hématopoïétiques n'a pas été étudiée.

## Interactions avec la phytothérapie

Certaines plantes et ou aliments peuvent interagir avec ce traitement. Néanmoins, les niveaux d'interactions dépendront de l'exposition. La quantité consommée, la fréquence, une supplémentation dépassant l'usage culinaire habituel, devront être pris en compte.

**Inhibiteur du CYP 3A4** : jus de pamplemousse, jus d'orange amère (orange de Séville), Citron vert, Pomélo, Aloe Vera, Chardon Marie, Curcuma, Fenouil, Fenugrec, Fumeterre, Gattilier, Gingembre, Ginkgo biloba, Grenade, Gui, Harpagophytum, Huanglian, Lin, Mahonia, Menthe poivrée, Myrtille, Olivier, Orthosiphon, Passiflore, Poivre noire, Prêle, levure de Riz rouge, Trèfle rouge

**Inducteur du CYP 3A4** : Millepertuis, Ail, Aubépine, Echinacée, Kava Kava, Menthe verte, Sauge

**Pouvant favoriser l'immunodépression** : Olivier

**Pouvant favoriser une hémorragie** : Ail, Angélique de Chine, Arnica, Bardane, Boldo, Bourrache, Café, camomille, Cannelle, Cassis, Chia, Curcuma, Céleri, Fennugrec, Ginkgo Biloba, Griffes de chat, Harpagophytum, Kava, Lavande, Lin, Maté, Onagre, Pélargonium, Piment de Cayenne, Quinine Rouge, Reine des Prés, Romarin, réglisse, Safran, Sauge, Saule, Séné, Thé, Trèfle Rouge, huiles de poisson, vitamine E

**Pouvant favoriser une hypertension** : Ginkgo Biloba, Orange de Séville, Petit Houx, Réglisse, Yohimbe

