



Association Française des
Malades du Myélome Multiple

Bulletin d'information

Mai 2009 - N° 3

Editorial

Que de chemin parcouru depuis le dernier bulletin : le grand événement a été la 3^{ème} journée nationale d'information sur le myélome organisée en novembre dernier conjointement par l'Intergroupe francophone du Myélome (IFM) et AF3M. Vous trouverez dans ces pages un large compte rendu de ces réunions où les participants ont pu s'informer sur tous les aspects de la maladie : symptômes, traitement, rechutes, nouvelles thérapies... A noter que les départements d'outre-mer sont aussi entrés dans l'action lors de cette journée qui s'est également tenue sur l'île de la Réunion et, en différé, à Fort-de-France, grâce à nos amis d'A4M, l'Association Martiniquaise des Malades du Myélome Multiple.

Forte aujourd'hui d'environ 400 adhérents, AF3M poursuit son développement et nos contacts locaux rivalisent de dynamisme en multipliant les actions dans leurs régions : Bourges, Lille, Lyon, Metz, Nancy, Nantes, Toulouse...

Nous scrutons les publications internationales sur le myélome et avons repéré pour vous quelques articles sur les suppléments diététiques.

Enfin, nous prévoyons dès cet automne de mettre en ligne les premières pages de notre site Internet que vous êtes nombreux à attendre.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Eric Battini - Vice-Président

*Notre association a besoin de vous.
Participez nombreux à notre
Assemblée Générale
Samedi 13 juin 2009 à Paris
(cf page 10)*

Dans ce numéro :

La 3 ^{ème} journée nationale d'information sur le myélome	2
Nos actions locales	8
Lu pour vous	9
AF3M et vous	10
Le guide « idées vraies - fausses sur le myélome »	11

La 3ème Journée nationale d'information sur le myélome

Par Eric Battini et Béatrice Boily

L'Intergroupe francophone du myélome a organisé le 29 novembre 2008, en association avec AF3M, la 3ème journée nationale d'information sur le myélome. Cette journée a eu lieu dans 14 villes françaises et en Belgique.

L'Intergroupe francophone du myélome (IFM) est l'association regroupant les médecins spécialisés dans la prise en charge du myélome multiple. Elle développe des activités de recherche, d'éducation et d'information sur cette maladie. L'objectif de cette journée était de partager avec les malades et leurs proches les connaissances permettant de comprendre le myélome, son traitement et les avancées les plus récentes dans ce domaine.

La journée a réuni plus de 1100 participants, soit 20% de plus qu'en 2007, et dont voici la répartition par site :

Site	2008
Paris	140
Lyon	125
Nancy	110
Nantes	110
Marseille	85
Lille	78
Toulouse	68
Nice	63
Bordeaux	60
Dijon	59
Tours	59
Clermont-Fd	55
Rouen	50
Grenoble	40
Réunion	12

56% des participants étaient des malades, 42% des proches et 2% des soignants. 70% venaient pour la première fois.



Intervenants à Paris : Pr P. Casassus, Pr J.P.Fernand, Dr C. Mathiot, Béatrice Boily (AF3M)

Répartition des malades par année de diagnostic :

2006 à 2008	50%
2003 à 2005	32%
1998 à 2002	14%
1987 à 1997	4%

Répartition des malades par tranche d'âge :

- de 40 ans	2%
40 / 50 ans	8%
51 / 60 ans	28%
61 / 65 ans	25%
+ de 65 ans	37%

L'atmosphère était très enthousiaste et interactive grâce à de nombreuses questions et prises de parole. L'assemblée avait une connaissance du myélome très hétérogène. Les participants, très souvent accompagnés d'un proche, ont parfois parcouru jusqu'à 100 km pour venir. Nous avons pu remettre aux participants 1100 exemplaires du « Guide Idées

vraies idées fausses sur le myélome » et 450 exemplaires du « Guide du Patient » publié par l'International Myeloma Foundation (IMF) que nous avons fait expédier des Etats-Unis.

Vous trouverez ci-dessous les points les plus importants présentés pendant cette journée.



Intervenants à Lille : Dr M.O. Petillon, Dr M. Wetterwald, Pr T. Facon, Jean-Claude Noiret (AF3M)

COMPRENDRE LE MYELOME

Chaque année en France, 3 600 nouveaux cas de myélome multiple (ou maladie de Kahler) sont diagnostiqués, faisant de cette affection le 3^{ème} cancer du sang après les lymphomes et les leucémies. 50 % des patients ont plus de 70 ans et 20 % ont plus de 80 ans.

Il n'existe pas à ce jour de cause ou de facteurs de risque connus de la maladie. Le myélome est à la fois une maladie du sang et de l'os dans lequel se trouve la moelle osseuse envahie par la tumeur plasmocytaire. En effet, le myélome est une maladie du plasmocyte, cellule de la famille des globules blancs du sang, et qui produit les anticorps (ou immunoglobulines) permettant à l'organisme de se défendre.

Les symptômes

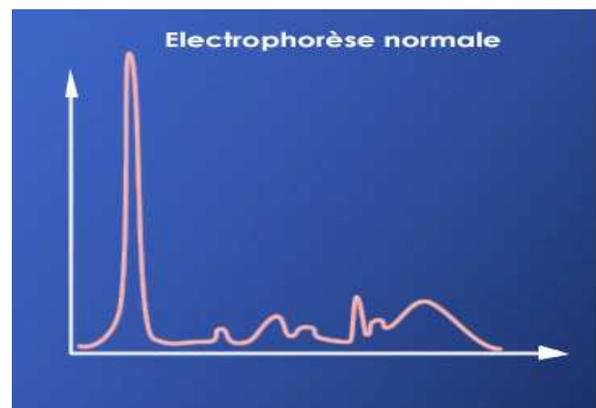
Conséquences de la prolifération des plasmocytes dans la moelle osseuse et de l'excès d'une immunoglobuline (ou protéine monoclonale), les symptômes du myélome sont très variés et peu spécifiques. Parmi ces manifestations les plus fréquentes, les **douleurs osseuses**, la **fatigue** et l'**anémie** dominant et conduisent le plus souvent au diagnostic.

Les symptômes évocateurs du myélome sont :

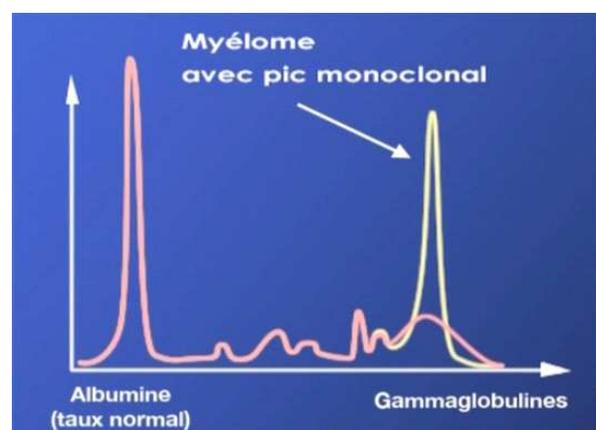
- **les manifestations osseuses** : douleurs, tassement vertébral, fractures, signes radiologiques « trous dans l'os », augmentation du calcium dans le sang ;
- **les manifestations hématologiques** : anémie (fatigue), infections (à pneumocoque), conséquences entre autres de la baisse des anticorps normaux ;
- **les conséquences de l'excès de protéine monoclonale** : vitesse de sédimentation augmentée, insuffisance rénale (par précipitation dans les reins de chaînes légères ou dépôts d'immunoglobuline).

Le pic monoclonal

Dans le myélome, le clone plasmocytaire anormal provoque une augmentation d'une protéine, un « pseudo-anticorps », sans activité de défense de l'organisme comme les anticorps normaux.



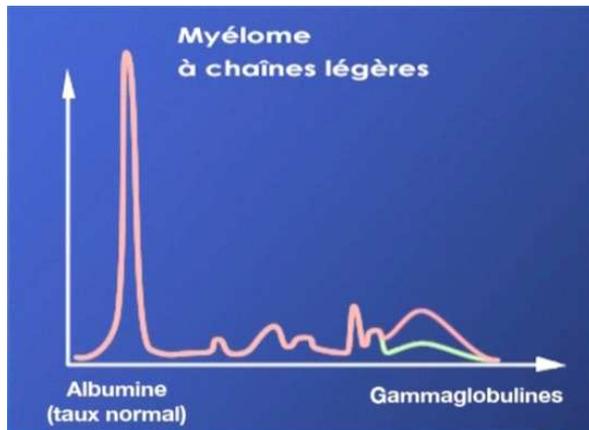
Le pic de protéine sur l'électrophorèse normale est le pic de l'albumine, protéine dont le taux est important dans le sang



Electrophorèse du myélome à chaînes lourdes

Cette accumulation de protéine monoclonale, se traduit par un pic étroit à l'électrophorèse des protéines. Le pic sera ensuite caractérisé plus précisément pour savoir quelle est l'immunoglobuline en cause (IgG ou IgA le plus souvent).

Le myélome à chaînes légères



Electrophorèse du myélome à chaînes légères

Le clone plasmocytaire anormal produit parfois des immunoglobulines incomplètes appelées chaînes légères, dont l'accumulation n'est pas visible à l'électrophorèse sérique des protéines; il n'y a alors pas de pic. Les chaînes légères se recherchent dans les urines par un test qui nécessite le recueil des urines de 24 heures (recherche d'une protéine de Bence-Jones), ou dans le sang par un test spécifique.

Les principaux types de myélome sont : IgG (64% des malades), IgA (20%). Viennent ensuite les IgD et IgE (2%). Les myélomes à chaînes légères (*kappa* ou *lambda*) représentent 15 % des malades.

Le myélogramme

Cet examen est indispensable au diagnostic du myélome pour évaluer le nombre de plasmocytes dans la moelle osseuse et leurs morphologies. Il s'agit d'une biopsie de la moelle pratiquée en la ponctionnant au niveau du sternum et/ou de la crête iliaque sous anesthésie locale. On observe pour le myélome une augmentation du taux de plasmocytes à plus de 10%, contre moins de 5% dans une moelle normale. Le myélogramme permet aussi de réaliser des analyses génétiques sur les plasmocytes à la recherche d'anomalies

chromosomiques.

Les MGUS ou gammopathies monoclonales de signification indéterminée

Elles se manifestent par la présence d'un pic monoclonal peu élevé. Elles n'entraînent ni anémie, ni signes osseux, ni insuffisance rénale et le myélogramme est normal (c'est-à-dire moins de 10% de plasmocytes). Les MGUS touchent 6,1 % des sujets de plus de 70 ans. Elles n'évoluent qu'au rythme d'environ 1 % par an vers le myélome.

Le myélome asymptomatique ou « stade 1 »

Il se caractérise par la présence d'un pic monoclonal et n'est pas accompagné d'anémie, de signes osseux ou d'insuffisance rénale. Le myélogramme révèle la présence de plasmocytes anormaux.

Une surveillance régulière est mise en place aussi bien pour les MGUS que pour les myélomes asymptomatiques, mais aucun traitement n'est débuté, ceux-ci n'ayant pas à ce jour d'impact sur leur évolution.



*Intervenant à Dijon :
Jean-Philippe Souffront (AF3M)*

LE TRAITEMENT DU MYELOME

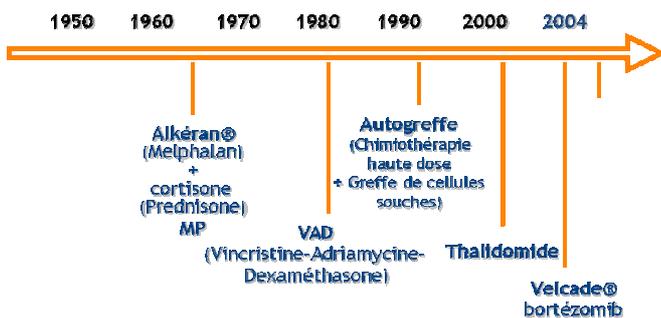
S'il n'y a pas de traitement actuellement capable de guérir définitivement le myélome, les nouveaux traitements disponibles ont bouleversé le pronostic de la maladie. Le myélome est aujourd'hui une maladie qui devient chronique et durant laquelle plusieurs

stratégies de traitement successives peuvent être mises en œuvre à différents moments de l'évolution de la maladie.

La décision de traiter et les choix de traitement sont toujours pris, où que l'on soit soigné en France, par une équipe médicale pluridisciplinaire au cours de réunions dites de RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) durant lesquelles chaque cas individuel est étudié de façon à proposer l'option thérapeutique la plus adaptée. Les standards des traitements évoluent en fonction des résultats des essais cliniques conduits par les groupes de recherche internationaux tels que ceux conduits par l'IFM.

L'évolution des traitements

Le schéma ci-dessous retrace la chronologie des découvertes dans le traitement du myélome :



La stratégie de traitement initial (ou 1^{ère} ligne de traitement) est différenciée en fonction de l'âge : après 65 ans, elle consiste en un traitement dit conventionnel, actuellement par le protocole MP (melphalan + prednisone) associé aux nouvelles molécules comme le thalidomide ou le bortézomib (Velcade®). Avant 65 ans, on a recours à un traitement intensif avec autogreffes de cellules souches, précédé par un traitement d'induction.

Le traitement après 65 ans

Historique du traitement chez les malades de plus de 65 ans

En 1969, on a commencé à utiliser l'association melphalan + prednisone ou MP (Alkèran® + cortisone). Deux protocoles de l'IFM ont permis

de mettre en évidence que l'association MP + thalidomide donnait de meilleurs résultats que MP en première ligne. L'essai thérapeutique espagnol VISTA a montré que l'association MP + Velcade® donnait de meilleurs résultats que MP. En 2008, deux nouvelles autorisations de mise sur le marché (AMM) en 1^{ère} ligne de traitement ont été données : le protocole MPT (melphalan + prednisone + thalidomide) en juin 2008 et le protocole MPV (melphalan + prednisone + Velcade®) en octobre 2008.

Les développements en cours

Un important essai thérapeutique est en cours chez les malades de plus de 65 ans : le protocole d'étude IFM 2007 01 - MM 020 - FIRST, comparant les associations MP + thalidomide d'une part et Revlimid® (lénalidomide) + dexaméthasone d'autre part. Il est prévu qu'il soit réalisé sur un panel de 1600 malades dans le monde dont 600 en France.

QUELQUES DEFINITIONS

Traitement de 1^{ère} ligne : premier traitement après le diagnostic.

Traitement de 2^{ème} ligne : traitement après la première rechute.

Traitement d'entretien : prolongement du traitement après une bonne réponse initiale.

Rechute : réaugmentation du pic et/ou réapparition de symptômes cliniques.

Traitement d'induction : traitement avant autogreffe.

Traitement intensif : traitement chimiothérapique à haute dose

Niveaux de réponse au traitement en fonction de l'électrophorèse des protéines :

Réponse partielle : pic réduit de plus de 50 %

Très bonne réponse partielle : pic réduit de 90%

Réponse complète : pic non détectable

Le traitement avant 65 ans

Historique - les débuts de l'autogreffe

En 1969, on ne disposait là encore que de l'association melphalan + prednisone ou MP

(Alkeran® + cortisone). Dans les années 90, le protocole d'étude IFM 90 a mis en évidence la supériorité de l'autogreffe sur la chimiothérapie conventionnelle.

L'amélioration de l'autogreffe

Voici l'historique des différents protocoles qui ont permis les progrès dans l'autogreffe :

- IFM 94 : réalisé chez 400 malades, il a montré que la double autogreffe donne de meilleurs résultats qu'une simple autogreffe ;
- IFM 95 02 : réalisé sur 282 malades, il a montré que le melphalan 200 était la meilleure chimiothérapie intensive avant autogreffe ;
- IFM 99 : réalisé sur 1000 malades, il a mis en évidence l'amélioration de la survie par le thalidomide en traitement de maintenance après autogreffe et par un renforcement thérapeutique ;
- IFM 2005 01 : réalisé sur 482 malades. Il a montré qu'en induction avant autogreffe, l'association Velcade® + dexaméthasone est supérieure au traitement de référence VAD (vincristine + adriamycine + dexaméthasone) ;
- IFM 2005-02 : effectué sur 460 malades, ce protocole est encore en cours. Ses résultats devraient être publiés en 2009. Il étudie l'effet d'un traitement de consolidation et d'entretien par Revlimid® après une autogreffe.

Le traitement des rechutes

Perspectives

De nombreuses nouvelles molécules sont évaluées dans le traitement des rechutes (bendamustine, pomalidomide, anticorps monoclonaux...). Par exemple, une étude européenne en cours, EORTC-EBMT/IFM 2005-04, centrée sur les malades jeunes en première rechute après autogreffe vise à établir une comparaison de l'association thalidomide + dexaméthasone contre l'association thalidomide + dexaméthasone + Velcade®.

L'allogreffe

Pour les malades « jeunes », qui ont déjà nécessité plusieurs traitements, il existe une autre possibilité thérapeutique : l'allogreffe de moelle osseuse ou transplantation de cellules souches d'un donneur compatible. C'est aujourd'hui une option considérée comme pouvant potentiellement induire une réponse très prolongée mais qui, du fait des risques vitaux importants qui y sont liés, n'est proposée qu'à certains patients.

Les manifestations osseuses du myélome et leur prise en charge

Les manifestations osseuses du myélome peuvent se manifester par des douleurs, des lésions osseuses, des fractures pathologiques, une compression médullaire (compression de la moelle épinière), de l'hypercalcémie. Le traitement spécifique du myélome peut apporter un soulagement au niveau des douleurs qui pourra être complété suivant les cas.

Traitement de la douleur

Suivant l'intensité de la douleur le traitement peut consister en la prescription de paracétamol, de codéine ou de morphine. Une prévention des effets secondaires digestifs (nausées, constipation) peut accompagner ces traitements.

Prévention des fractures pathologiques

Dans le cas de l'atteinte des os longs (fémur, humérus), et suivant le type de l'atteinte, il peut être envisagé de procéder à la mise en place de plaques pour consolider l'os ou à la réalisation de radiothérapie locale.

Traitement des tassements vertébraux

Dans le cas de douleurs persistantes et d'une diminution importante de la hauteur des vertèbres, il peut être envisagé :

- une vertébroplastie : elle consiste à injecter du ciment dans le corps vertébral et a un effet antalgique rapide ;

- une cyphoplastie par ballonnets : elle consiste à insérer un ballon gonflable dans le corps vertébral pour créer une cavité permettant l'injection de ciment. Cette technique a un effet antalgique et mécanique.

Traitement des compressions médullaires (épidurite)

Le traitement consiste à administrer des corticoïdes à fortes doses associés à un traitement chirurgical s'il y a une instabilité vertébrale ou à une radiothérapie dans les autres cas.

Traitement par biphosphonate

Le traitement par biphosphonate vise à inhiber la destruction osseuse. Il est administré par voie orale (Lytos®, Clastoban®) ou intraveineuse (Arédia®, Zometa® et dénosumab en essai thérapeutique).

Avant la mise en route du traitement par bisphosphonates, il est important de faire soigner ses dents pour éviter un de leurs effets secondaires très rares, l'ostéonécrose de la mâchoire. Il est nécessaire de pratiquer une surveillance dentaire régulière, d'informer son dentiste de son traitement et son médecin d'éventuels soins à faire pratiquer.

Les traitements de support

En parallèle au traitement du myélome, des traitements dits de « support » sont mis en place. Ils visent notamment à la prévention des infections, la prise en charge de l'anémie et des complications osseuses et rénales.

La prévention des infections

Le traitement du myélome peut induire une neutropénie, c'est-à-dire une baisse d'un certain type de globules blancs, les neutrophiles, et donc une diminution des défenses immunitaires.

Les principales infections à redouter sont les

infections respiratoires (pneumocoque, hemophilus), les infections virales (herpès, zona) et les champignons (candidoses). Un traitement préventif peut être mis en place avec des antibiotiques, des antiviraux, des vaccinations spécifiques et, en cas de neutropénie trop importante, la prescription de facteurs de croissance des globules blancs (G-CSF) pour stimuler leur production (Neupogen®, Granocyte®).

La vaccination contre la grippe peut également être proposée au patient (le taux de réponse n'est que de 25%) et à son entourage. Il convient d'être très vigilant devant toute fièvre lorsque l'on a un myélome, et de ne pas hésiter à consulter son médecin.

La prise en charge de l'anémie

Le myélome, son traitement ou une insuffisance rénale peuvent provoquer une anémie. Un traitement par érythropoïétine ou « EPO » (Aranesp®) peut être mis en place pour stimuler la fabrication des globules rouges dans la moelle osseuse.

La prévention de l'insuffisance rénale

Le myélome peut soumettre le rein à des agressions variées : dépôt de chaînes légères, hypercalcémie. Il est donc important de le préserver en évitant la déshydratation (par la prise de boissons alcalines tel que l'eau de Vichy), en évitant les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) ainsi que les examens radiologiques avec produits iodés.

Pour en savoir plus

Vous trouverez des informations sur le myélome et des vidéos de la 3^{ème} journée nationale sur le site de l'Intergroupe Francophone du Myélome :

www.myelome-patients.info

Nos actions locales

Par Yves Berani et Alfred Raymond

Nos contacts locaux ont organisé des réunions de patients à Bourges, Lille, Lyon, Nantes, Toulouse. Riches en informations et en enseignements, elles nous éclairent sur les ressentis, les besoins, les attentes des patients.

Vécu et échanges d'expériences

Ces réunions réunissent jusqu'à une vingtaine de participants (malades et proches). C'est une occasion pour les malades d'exprimer leur vécu et d'échanger leurs expériences. Chacun a ses particularités en fonction de son myélome et de la façon dont il le vit. Il ressort de ses échanges toute la problématique de la prise en charges des effets indésirables. Les malades qui bénéficient du même traitement peuvent avoir des effets secondaires différents. Des participants traités par le thalidomide sont atteints de neuropathies périphériques sans entrevoir de perspective de disparition des douleurs ou de gênes. Ils souhaiteraient une prise en considération plus importante de leurs désagréments. La réunion programmée en septembre par le groupe de Lyon se focalisera sur les effets secondaires des traitements par thalidomide, Velcade® et Revlimid®.

Des relations difficiles entre patients et corps médical

Les relations entre patients et médecins restent encore difficiles. Il ressort des échanges que les circonstances de l'annonce de la maladie et les relations avec les médecins pourraient être améliorées. Des malades observent qu'un diagnostic sévère peut être annoncé sans ménagement et que les patients sont parfois « rabroués » lorsqu'ils posent des questions sur l'évolution de la maladie ou du traitement.

On remarque que les soins dispensés par certains services (en particulier dans les petites structures) ne répondent pas aux critères de précautions sanitaires habituellement rencontrés dans les services d'hématologie.

Les difficultés sociales

Toutes les questions posées dans ces réunions montrent à quel point les patients ont besoin de d'informations sur leur maladie, sur les problèmes sociaux qu'ils peuvent rencontrer et sur toutes les activités sociales autour de leur maladie. Le groupe de Lyon a approfondi ces questions. Pour les retraités, les plus nombreux, la maladie limite parfois les activités mais elle est sans conséquences financières et les conséquences sociales sont peu apparentes. Par contre, les problèmes sont plus importants pour ceux qui sont en activité : incompatibilité des traitements avec leur activité, difficultés à concilier activité professionnelle et état de santé. A cela s'ajoutent des difficultés psychologiques : plus ou moins grand déni de la maladie, épuisement et problèmes familiaux. Certains patients connaissent de grosses difficultés financières dues à la méconnaissance de leurs droits.

Des initiatives diversifiées

Le groupe de Lyon s'est investi dans la réalisation d'un dépliant à l'adresse des médecins généralistes afin de les sensibiliser au myélome, maladie qu'ils connaissent mal. Ce dépliant testé localement sera diffusé ensuite plus largement. Nous aurons l'occasion de vous en reparler lors d'un prochain bulletin d'information.

En Lorraine, nos contacts locaux ont adressé une

centaine de dépliants de présentation d'AF3M aux médecins généralistes pour permettre à leurs patients de connaître notre existence.

A Toulouse, AF3M participera prochainement à un atelier de travail proposé par le CHU sur le thème : «Relations soignants/associations, quelles attentes de part et d'autre ?».

Les correspondants d'AF3M entreprennent des démarches auprès des centres hospitaliers pour faire connaître AF3M et mettre à disposition des dépliants de l'association.

A Lille, suite à la première réunion d'adhérents, la demande a été formulée qu'une étude soit menée sur la profession des malades afin de

détecter d'éventuelles causes environnementales.

Nous ne pouvons pas citer ici toutes les autres initiatives, participations à des forums, à des journées, qui ont permis à des malades de trouver quelqu'un avec qui parler de la maladie, d'évoquer les difficultés qu'ils ont rencontrées ou de partager leurs expériences.

Toutes ces actions témoignent de l'investissement des contacts locaux d'AF3M auprès des malades et de la communauté médicale.

Lu pour vous : A propos des suppléments diététiques

Par Michèle Grosjean

Cette mini-revue de presse scientifique vous présente des traductions de résumés d'articles écrits en anglais et recueillis dans des revues scientifiques, présentés lors de colloques ou diffusés par des associations étrangères. Beaucoup de patients ne lisant pas l'anglais ou n'étant pas des habitués des recherches bibliographiques, ils sont privés de ces informations. Lors de chaque bulletin nous essaierons de vous présenter cette revue de presse sur un thème différent.

Supplémentation et Velcade®

De nombreux patients ou personnes en bonne santé prennent des suppléments diététiques, dont celles qui ont des effets réputés anticancéreux comme les antioxydants. Certaines de ces suppléments ont été étudiées et leurs possibles effets anti tumoraux ont été mis en évidence. C'est le cas pour les composants du thé vert, du curcuma, de certaines médications traditionnelles.

Une étude récenteⁱ citée par la lettre d'information de l'International Myeloma Foundation (Myeloma Minute du 6 février 2009) montre que bien que le thé vert ait des propriétés d'inhibiteur du protéasome similaires à ceux du Velcade®, leurs effets ne s'additionneraient pas, au contraire. Administré en même temps que le Velcade®, il bloquerait

l'effet de celui-ci. «Les preuves actuelles sont suffisantes pour prévenir les patients traités par Velcade® de s'abstenir de la consommation de thé vert, surtout lorsqu'il est consommé sous forme de gélules ou de liquide. » affirme le Dr A. H. Schönthal, de l'Université de Southern California à Los Angelesⁱⁱ.

Des études ont montré aussi que la vitamine C (antioxydant majeur) et les flavonoïdes (présents dans les légumes et fruits colorés) en grande quantité auraient le même effet.

En conclusion l'efficacité des antioxydants paraît avérée contre le cancer mais pour les patients sous Velcade®, il paraît prudent d'éviter les antioxydants à haute dose.

Autres interactions entre médicaments et suppléments

Un autre articleⁱⁱⁱ signale : « Environ 80 herbes ou espèces botaniques ont été identifiées comme ayant des interactions cliniquement significatives avec des prescriptions médicamenteuses. L'ail, le gingembre, le ginkgo et le pamplemousse sont parmi les produits les plus fréquemment impliqués dans ces interactions notamment avec les anticoagulants, antiplaquettaires et l'aspirine. Beaucoup d'herbes ayant des effets sur le foie, quand elles sont utilisées avec des médicaments hépatotoxiques (acetomiphen notamment), peuvent engendrer des conséquences cliniques de modérées à sévères ».

A savoir aussi : pamplemousse et médicaments

Plus de 400 publications sont référencées dans la base de données scientifique Medline^{iv} à propos des interactions entre la prise de pamplemousse et nombre de médicaments. Le pamplemousse (un verre suffirait) est déconseillé avec les traitements médicamenteux. En effet il inhiberait certaines enzymes intestinales et ainsi augmenterait de manière considérable la concentration sanguine d'un grand nombre de médicaments. Les médicaments concernés sont les statines, les psychotropes, les antibiotiques à base de fluoroquinolone (comme Tavanic®, Oceflox®, ou Oflocet®), qui sont souvent donnés dans les complications infectieuses du myélome, la cyclosporine et même le paracétamol. La prise de pamplemousse avec ces médicaments pourrait ainsi majorer les effets indésirables et la toxicité des médicaments. Signalons que lors de la dispense de Revlimid® en protocole aux Hospices civils de Lyon, la pharmacie hospitalière alerte sur la nécessité de ne pas prendre de pamplemousse pendant la durée de la prise du médicament. D'autres auteurs notent qu'on retrouverait le même phénomène avec l'orange de Séville, voire avec le citron^v.

Pour compléter votre information, les sites Internet suivant (en français) vous donnent plus de précisions :

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) :

[http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-de-presse/Médicaments-et-aliments-lire-la-notice-pour-eviter-les-interactions/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-de-presse/Médicaments-et-aliments-lire-la-notice-pour-eviter-les-interactions/(language)/fre-FR)

Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/food-aliment/grapefruit-pamplemousse-fra.php>

Sources :

ⁱ *Dietary flavonoids inhibit the anticancer effects of the proteasome inhibitor bortezomib.* Liu FT, Agrawal SG, Movasaghi Z, Wyatt PB, Rehman IU, Gribben JG, Newland AC, Jia L. *Blood.* 2008 Nov 1;112(9):3835-46. Epub 2008 Jul 16.

ⁱⁱ *Green tea polyphenols block the anticancer effects of bortezomib and other boronic acid-based proteasome inhibitors.* Golden EB, Lam PY, Kardosh A, Gaffney KJ, Cadenas E, Louie SG, Petasis NA, Chen TC, Schönthal AH. *Blood.* 2009 Feb 3

ⁱⁱⁱ *Clinical evidence of herb-drug interactions: a systematic review by the natural standard research collaboration.* Ulbricht C, Chao W, Costa D, Rusie-Seamon E, Weissner W, Woods J. Extrait de : *Curr Drug Metab.* 2008 Dec;9(10):1062-119. Links

^{iv} *Medline® est l'une des sources d'information bibliographiques sur les sciences de la vie les plus complètes du monde, avec près de 11 millions de références.* <http://medline.cos.com/>

^v *Drug Saf.* 2005;28(8):677-94, *Undesirable effects of citrus juice on the pharmacokinetics of drugs: focus on recent studies.* Saito M, Hirata-Koizumi M, Matsumoto M, Urano T, Hasegawa R.

AF3M et vous

Assemblée générale du 13 juin 2009

Notre prochaine assemblée générale aura lieu le 13 juin 2009 à Paris. Elle se tiendra à partir de 10 heures dans les locaux de l'association *Le Chantier* - salle Belli - 24, rue Antoine-Julien Hénard - 75012 Paris (métro Montgallet).

Nous vous invitons dès aujourd'hui à retenir cette date sur vos agendas. Vous recevrez bientôt votre convocation.

Lors de cette assemblée générale, nous devons procéder au renouvellement d'une partie du conseil d'administration. Conformément à nos statuts, « pour être éligible un candidat doit être membre de l'association depuis au moins 6 mois et jouir de ses droits civiques ». Ceux d'entre vous qui remplissent cette condition sont les bienvenus pour présenter leur candidature. Bien sûr, il n'est pas indispensable d'être membre du conseil d'administration pour s'impliquer dans l'association et nous aider à nous développer ou devenir contact local.

Renouvelez dès aujourd'hui votre adhésion

AF3M est « votre » association, que vous avez commencé à soutenir pendant sa première

année de développement. Pour l'aider à poursuivre sa progression et atteindre ses objectifs ambitieux pour les malades du myélome multiple et leurs proches, nous vous invitons à nous adresser dès maintenant votre cotisation annuelle 2009 si vous ne l'avez déjà fait.

Nous sommes persuadés que vous mesurez toute l'importance pour la vie de notre association du versement régulier des cotisations par ses membres. Nous sommes confiants dans la continuité de votre engagement et vous remercions par avance de votre soutien.

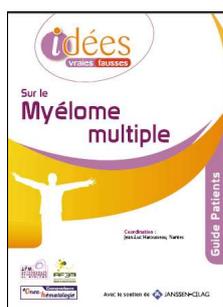
Partagez vos informations

Lors de votre traitement votre équipe soignante vous a peut-être remis des documents explicatifs sur les examens que vous alliez passer, sur le traitement que vous alliez suivre. Vous avez trouvé ces documents clairs, ils vous ont aidé à comprendre les examens, le traitement.

Vous pensez que ces documents pourraient être intéressants pour d'autres patients.

N'hésitez pas à nous en faire parvenir une copie.

Le guide « Idées vraies / fausses sur le myélome multiple »



Ce guide d'information répond simplement à un certain nombre de questions que vous vous posez. Il a été réalisé par la revue médicale *Correspondance en onco-hématologie* avec le concours d'AF3M et de l'IFM et le soutien financier du laboratoire Janssen Cilag qui le diffuse auprès de tous les hématologues de France

N'hésitez pas à le réclamer lors de votre prochaine consultation.



Imp. GT 01 34 52 18 88

Rédaction : Eric Battini, Yves Berani, Béatrice Boily, Michèle Grosjean, Claude Jobert, Alfred Raymond

Correspondance à adresser à:

AF3M - 83 ter rue Hoche - 78390 Bois d’Arcy - www.myelomemultiple@aol.com

Siège social :

Maison des Associations du 9^{ème} - AF3M - Boîte n° 35 - 54 rue Jean-Baptiste Pigalle - 75009 PARIS