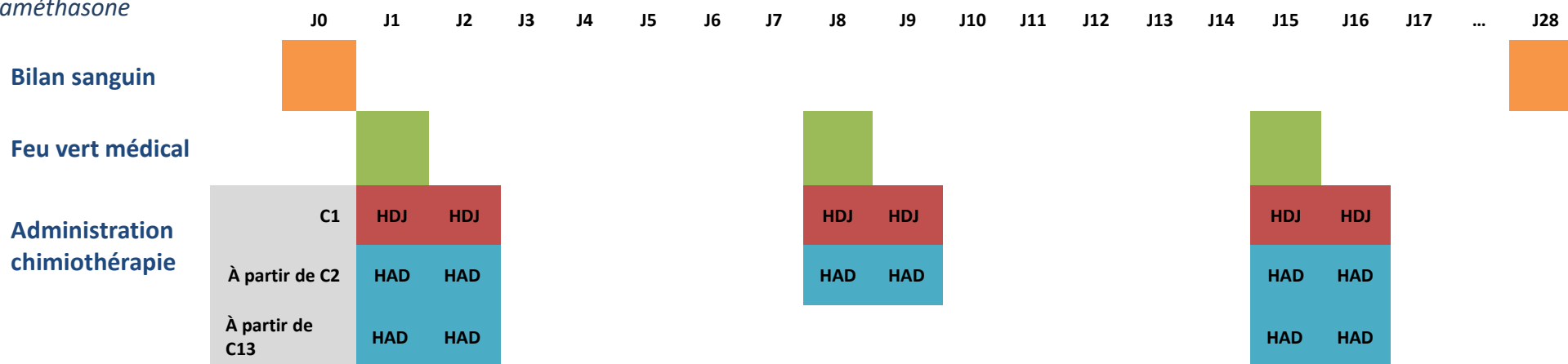


PROTOCOLE CARFILZOMIB (KYPROLIS®) - HEMATOLOGIE

Indication : Myélome multiple chez les patients adultes qui ont reçu au moins un traitement antérieur, en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone



1. Protocole de traitement :

- Carfilzomib : perfusion IV de **10 min** aux jours 1, 2, 8, 9, 15 et 16 de chaque cycle. Dose initiale de 20 mg/m² (max 44 mg) à J1 et J2 du 1^{er} cycle. Si bonne tolérance, augmentation de la dose à 27 mg/m² (max 60 mg) à J8 du 1^{er} cycle. A partir de C13, les doses de J8 et J9 ne sont pas administrées. Minimum 12h entre 2 administrations de Carfilzomib
- Traitement associé :
 - Lenalidomide : 25 mg, voie orale, de J1 à J21 pour chaque cycle
 - Dexaméthasone : 40 mg, voie orale ou intraveineuse, 30 min à 4h avant le Carfilzomib, à J1, J8, J15 et J22
- Nombre de cycles prévus : le traitement peut être poursuivi jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue d'une toxicité inacceptable
- Périodicité : cycle de 28 jours avec une période de repos sans traitement de 12 jours (J17 à J28)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : à partir de C2 (tolérance évaluée en HDJ à C1 et lors des consultations avec l'oncologue)

2. Bilan sanguin :

- Dépistage d'infection par le Virus de l'Hépatite B avant l'initiation du traitement
- Le bilan sanguin doit être réalisé à l'initiation du traitement puis surveillé au moins une fois par mois et doit comporter :
 - NFS et plaquettes
 - Fonction rénale (Créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (Enzymes hépatiques et bilirubine)
 - Ionogramme sanguin et uricémie

3. Bilan clinique :

- Evaluation cardiologie et pulmonaire complète avant de débiter le traitement puis surveillance régulière
- Surveillance des réactions à la perfusion, des événements thromboemboliques veineux et des symptômes neurologiques

4. Conditions du feu vert médical (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert médical réalisé par : le **médecin prescripteur hospitalier référent** pour les administrations en HDJ
le **médecin coordonnateur de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant**

5. Conditions du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
vérification d'une hydratation adéquate lors de chaque cycle selon les besoins

Fiche validation de la chimiothérapie KYPROLIS®

Nom :

Prénom :

Date :

Protocole de chimiothérapie : Carfilzomib (KYPROLIS®) – en association au lénalidomide et à la dexaméthasone Cycle n° : J :

État général :

• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4
• Température (°C) :
• Tension artérielle (mmHg) :
• Poids (kg) (à J1) :

Données cliniques cycle précédent :

.....
.....
.....
.....

Performans status de l'OMS :

OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation
 OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète
 OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps
 OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps
 OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence

Événements indésirables entre les cycles :

Actions :

• Evènements thromboemboliques veineux	De type essoufflement, douleur dans la poitrine, hémoptysie, gonflement ou douleur dans les bras ou les jambes <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Réactions à la perfusion	De type fièvre, frissons, arthralgies, myalgies, rougeur faciale, œdème du visage, vomissements, hypotension, oppression thoracique <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	<input type="checkbox"/> ttt prescrit
• Syndrome de lyse tumorale	De type nausées, vomissements, diarrhées, crampes musculaires, engourdissement ou picotements, agitation <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	<input type="checkbox"/> ttt prescrit

Critères de non-administration de la chimiothérapie :

• Créatininémie ≥ 2 fois la valeur avant traitement ou clairance de la créatinine < 15 ml/min	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Neutropénie fébrile (PNN < 0,5 G/L et température > 38,5°C ou 2 mesures consécutives > 38°C sur une durée de 2h)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Polynucléaires neutrophiles (PNN) < 0,5 G/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Toxicités non hématologiques de grade 3 ou 4 • Précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Plaquettes < 10 G/L	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Autre :	

SI UN OUI EST COCHÉ, LA CHIMIOTHÉRAPIE NE SERA PAS ADMINISTRÉE SANS AVIS SPÉCIALISÉ. CONTACTER LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR HOSPITALIER RÉFÉRENT.

Accord pour l'administration de la chimiothérapie :

Oui Non

Commentaires :

Signature du médecin (et cachet) :

Signature de l'IDE :