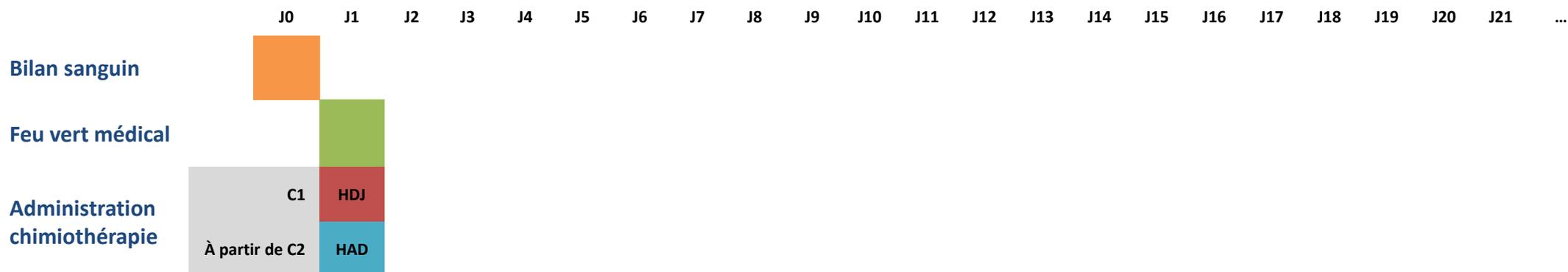


# PROTOCOLE RITUXIMAB (MABTHERA®) SOUS-CUTANÉ – HEMATOLOGIE

**Indication :** Lymphome non hodgkinien (LNH) uniquement (lymphome folliculaire en 1<sup>ère</sup> ligne ou en 2<sup>ème</sup> ligne ou LNH agressif diffus à grandes cellules B)



## 1. Protocole de traitement :

- Rituximab : 1400 mg, SC 5 minutes. **Solution prête à l'emploi (vérifier le flaconnage : 1400 mg sous-cutané)**. À conserver **entre 2 et 8°C**.
  - **Injection dans la paroi abdominale en alternant les sites d'injection**
  - **Ne pas injecter dans les zones cutanées présentant rougeur, hématome, douleur à la palpation, induration, grains de beauté ou cicatrices**
- Traitement associé : antipyrétique, antihistaminique et glucocorticoïdes (sauf contre-indication) avant chaque administration de Rituximab
- Nombre de cycles prévus : selon la prescription de l'oncologue
- Périodicité : en fonction de l'indication (à J1 du cycle de chimiothérapie ou tous les 2 mois)
- Jours d'administration de la chimiothérapie en HAD : **à partir de C2** (Les patients doivent toujours recevoir une dose complète par perfusion intraveineuse lors de leur première administration)

## 2. Bilan sanguin :

- Réalisation d'une NFS incluant une numération des neutrophiles et des plaquettes avant chaque administration de Rituximab et régulièrement jusqu'à 6 mois après l'arrêt, ainsi que devant des signes ou des symptômes d'infection

## 3. Bilan clinique :

- Surveillance cardiaque si antécédents de pathologies cardiaques et/ou chimiothérapie cardiotoxique

## 4. Conditions du feu vert médical et/ou du feu vert IDE (cf. fiche de validation de l'administration de la chimiothérapie) :

- **Feu vert médical réalisé par : l'oncologue référent de l'établissement 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
- Surveillance du patient pendant au moins 15 min après l'injection
- Vérification de la disponibilité d'adrénaline, d'antihistaminiques et de glucocorticoïdes pour usage immédiat en cas de réaction anaphylactique

# Fiche validation de la chimiothérapie MABTHERA® SOUS-CUTANÉ

Nom : .....

Prénom : .....

Date : .....

Protocole de chimiothérapie : Rituximab (MABTHERA®) –

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 :

• Fièvre ou épisode infectieux	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Température comprise entre 38°C et 39°C <input type="checkbox"/> Température comprise entre 39°C et 40°C <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures
• Réactions liées à l'administration	De type douleur, gonflement, induration, érythème, hémorragie, prurit et éruption cutanée <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence
• Troubles cardiaques	De type angine de poitrine, arythmie, insuffisance cardiaque ou infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence
• Réaction allergique	De type difficultés respiratoires, gonflement de la langue ou de la gorge, vomissements ou palpitations <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence

## Critères de non-administration de la chimiothérapie :

• Troubles hématologiques (PNN < 1,5G/L et/ou plaquettes < 75 G/L)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Infection sévère évolutive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Réactions cutanées sévères	<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 :