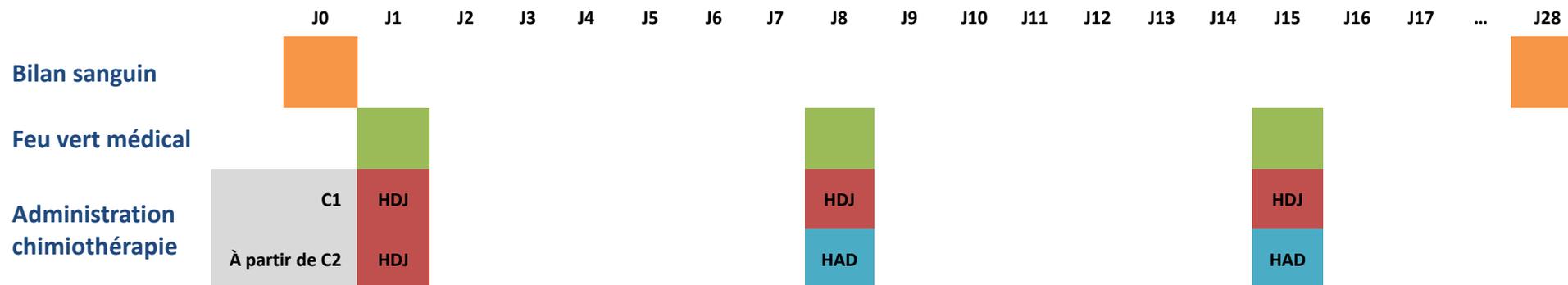


PROTOCOLE CARFILZOMIB (KYPROLIS®) Kd - HEMATOLOGIE

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



1. Protocole de traitement :

- Carfilzomib : perfusion IV de **30 min** aux jours 1, 8 et 15 de chaque cycle. Dose initiale de 20 mg/m² (max 44 mg) à J1 du 1^{er} cycle. Si le traitement est bien toléré, augmentation de la dose à 70 mg/m² à partir de J8 du 1^{er} cycle (56 mg/m² chez le sujet âgé ou fragile)
- Stabilité de la préparation : **24 h entre +2°C et +8°C et 4 h à 25°C**
- Traitement associé :
 - Dexaméthasone : 20 mg, voie orale ou intraveineuse, 30 min à 4h avant le Carfilzomib (de préférence le matin), prescription à adapter selon les patients
- 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 (J16 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 mensuellement et doit comporter :
 - NFS et plaquettes
 - Fonction rénale (Créatininémie et clairance de la créatinine) et hépatique (Enzymes hépatiques et bilirubine)
 - Ionogramme sanguin et uricémie pour surveiller le syndrome de lyse tumorale

3. Bilan clinique :

- Evaluation cardiologique et pulmonaire complète avant de débiter le traitement puis surveillance régulière
- Surveillance des réactions à la perfusion, des évènements thromboemboliques veineux et des signes ou 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 praticien 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 patients (250 ml/30 min ou 500 mL/1h)
le délai entre la reconstitution et l'administration ne doit pas dépasser 24 heures

Fiche validation de la chimiothérapie KYPROLIS®

Nom :	Prénom :	Date :
-------------	----------------	--------------

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

État général :	Performans status de l’OMS :		
• Score OMS (à J1) :	0 1 2 3 4	OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation	
• Température (°C) :	OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète	
• Tension artérielle (mmHg) :	OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps	
• Poids (kg) (à J1) :	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	
• 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	
• Syndrome de lyse tumorale	De type nausées, vomissements, diarrhées, crampes musculaires, engourdissements ou picotements, agitation <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	

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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires :
---	---	----------------

Signature du médecin (et cachet) :	Signature de l’IDE :
------------------------------------	----------------------