

# SOINS DE SUPPORT EN ONCOLOGIE



A.Wertz

Cliniques Universitaires Saint Luc

14 février 2011



# DEFINITION

- «l'ensemble des **soins** et **soutiens** nécessaires aux personnes malades, **tout au long de la maladie**, conjointement aux traitements oncologiques ou hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a».
- Visent à améliorer **la qualité de vie** du patient, **tout au long de sa maladie**
  - **Physique**
  - **Psychologique**
  - **Social**
- Diminuent ou aident à mieux supporter les effets 2<sup>nd</sup> de la maladie ou des traitements

# DEFINITION

## EXEMPLE

---

- Femme, 30 ans, jamais fumé, jamais alcool, consultation pour douleurs osseuses costales → adénocarcinome pulmonaire.
- 1/ Soins sup 1 : traitement douleur  
Soins spécif : alimta / cisplatine  
Soins sup 2: prévention N+/V+
- 2/ visite 2 : constipation → s. sup : constipation + on continue s.spécif.
- 3/ stabilisation maladie pdt 6mois puis évolution maladie avec douleurs
- 4/ reprise chimio (=s. spécif) : erlotinib  
s.sup : douleur
- 5/ effets ind. : diarrhées + acné  
→ s.sup : prise en charge diarrhées + acné

• ...

# DEFINITION

## principaux soins de support (physique)

---

- Douleur cancéreuse
- Nausées/Vomissements chimio et radio-induits
- Anémie
- Neutropénie / Risque infectieux
- Mucites orales et gastro-intestinales
- Fatigue
- Thromboembolie veineuse
- ...

# PLAN DE L'EXPOSE

---

- Prise en charge des **Mucites orales.**
- Prise en charge des **Nausées/Vomissements chimio et radio-induits.**

# 1/ Prise en charge des Mucites orales





# DEFINITION

## Mucite (Mucosite)

- Lésions inflammatoires de la muqueuse de la bouche et/ou du tractus gastro intestinal causées par des hautes doses de thérapies anticancéreuses.  
Elles peuvent s'étendre de la bouche à l'anus.  
ESMO Clinical recommendations 2009
- Inflammation de la membrane muqueuse qui survient à la suite d'un processus irritatif.
- Fait allusion aux atteintes inflammatoires, érosives et aux lésions ulcératives du tube digestif, incluant la bouche, qui sont spécifiquement secondaires aux traitements du cancer.

# INTRODUCTION

## Perspectives on Cancer Therapy-Induced Mucosal Injury

*Pathogenesis, Measurement, Epidemiology, and Consequences for Patients*

Cancer. 2004 May 1;100(9 Suppl):1995-2025.

Sonis ST, Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Schubert M, Hauer-Jensen M, Bekele BN, Raber-Durlacher J, Donnelly JP, Rubenstein EB; Mucositis Study Section of the Multinational Association for Supportive Care in Cancer; International Society for Oral Oncology.







# INCIDENCE

- 5-15% en général (sans compter HSCT et radiothérapie tête et cou)
- Avec 5-Fu :
  - 40% mucites orales (10-15% de grade 3-4)
  - Si + radiothérapie : > 30% de grade 3-4
- Conditionnement greffe moelle (HSCT) : 75-85%
  - Si TBI : >60% de grade 3-4
  - Sans TBI : 30-50% de grade 3-4
- Mucosite radio-induite tête et cou: 100% de mucites orales avec 60% grade 3-4.



# ETIOLOGIE

- Radiothérapie
- HSCT (Hematopoietic stem cell transplantation)
- Cytotoxiques  
5 Fu / Métho / Platines / Taxanes / Anthracyclines /  
Holoxan / Melphalan / ...



# PHYSIOPATHOLOGIE

- Pas rien qu'une atteinte épithéliale, résultant d'une atteinte non spécifique de la division des cellules épithéliales.
- L'American Cancer Society propose un schéma en 5 phases:
  - Initialisation
  - Potentialisation
  - Signal et amplification
  - Ulcération avec inflammation
  - Cicatrisation



# COMPLICATIONS

- Diminution ou retard de dose → perte de contrôle de la maladie
- Douleur
- Dénutrition
- Augmentation du risque infectieux
- Surcoûts (traitements, durée hospitalisation ↑)



## En général, que propose-t-on pour prévenir et traiter les mucites...

- « Une mise au point bucco-dentaire »
- Des « bains de bouches miracles »
- Cryothérapie « Sucrer des glaçons »
- Un traitement antidouleur
- Le laser à faible puissance
- Kepivance®-Palifermine
- Syngel® / Kamillosan® / Bleu de méthylène / Oralbalance®
- Xylocaïne visqueuse®
- ...



# GUIDELINES

La principale a été faite par le groupe  
MASCC/ISOO en 2004 (updated 2007)  
(Multinational Association of Supportive Care in Cancer)

## Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Cancer Therapy–Induced Oral and Gastrointestinal Mucositis



# Guidelines MASCC/ISOO

## Mucites Orales

---

### 1/ Soins de base

- Soins de bouche de base (Hygiène buccale)
  - ↓ flore microbienne orale
  - ↓ douleur et saignements
  - Prévenir les infections
  - ↓ risque de complications dentaires (caries, gingivites)
- Protocole de soins oraux de base + éducation des patients
  - (III, grade B)
- Traitement antidouleur
  - Si HSCT : Morphine PCA IV (I grade A)
  - Pour les autres : traitement douleur selon 3 paliers OMS.
- Bains de bouche « Miracles » / Anesthésiques topiques
  - pas d'évidence d'efficacité et / ou de sécurité

# Guidelines MASCC/ISOO

## Mucites Orales

---

- **2/ Radiothérapie : Prévention**
  - Techniques modernes de radiothérapie (II, grade B)
  - Benzydamine : recommandé (I,grade A)
  - Chlorhexidine : non recommandé (II,grade A)
  - Sucralfate : non recommandé (II,grade A)
  - Pastilles antimicrobiennes : non recommandé (II,grade B)
- **3/ Dose standard de chimiothérapie : Prévention**
  - Cryothérapie (glaçons) recommandé (II,grade A)
  - Acyclovir (et Co): non recommandé (II, grade B)
- **4/ Dose standard de chimiothérapie : Traitement**
  - Chlorhexidine: non recommandé (II, grade A)



# Guidelines MASCC/ISOO

## Mucites Orales

---

- **5/ Chimio hautes doses (TBI ou pas) avant HSCT:**
  - Palifermine: 60µg/Kg/j. 3 j. avant et 3 j. après. (I, grade A)
  - Cryothérapie recommandée si ↑ dose de melphalan (II, grade A)
  - GM-CSF en bain de bouche : non recommandé (II, grade C)
  - Pentoxifylline : non recommandé (II, grade B)
  - LLLT: recommandé (II, grade B)



## Cochrane 2009

### 11 interventions préventives « retenues » sur 33 citées

---

- Amifostine (*petit bénéfice*)
- Benzydamine (*évidence faible*)
- Calcium Phosphate (*évidence faible*)
- Chinese medicine (*évidence faible, haut risque biais*)
- VP16 en bolus plutôt qu'en infusion continue (é f, h r b)
- Miel (*évidence faible, haut risque biais*)
- Enzymes hydrolytiques (é f, h r b)
- Glaçons (*évidence modérée*)
- Iseganan (*évidence faible, haut risque biais*)
- Soins de bouche
- Zinc sulphate (*évidence faible*)



# Cochrane 2009

## 4 interventions curatives « retenues » sur 12 citées

---

- Allopurinol bain de bouche
- GM-CSF
- Extrait placenta humain
- Immunoglobulines

Evidence faible

Etudes à risque de biais modéré à élevé!

# Guidelines SIGN (K tête et cou 11/2006)

## Prévention et Traitement des mucites radio-induites

**A** Patients with oral cavity, laryngeal, oropharyngeal or hypopharyngeal tumours who are being treated with radiotherapy should be offered benzydamine oral rinse before, during, and up to three weeks after completion of radiotherapy.

There is no evidence to support any other intervention for prevention or treatment of radiation-induced mucositis. <sup>251-265</sup>

- Patients should be advised on how to maintain good oral hygiene during and after radiotherapy.
- Patients' mucosa should be inspected regularly during treatment, and analgesia and antimicrobial/antifungal agents to treat infection should be made available.

# Sanford 2010-2011

- **Infection orale fongique**

- chez immunocompétent

- 1er choix: Fluconazole 150 à 200 mg po 1x ou 100mg/j po jusqu'à résolution. // Itraconazole 200mg/j. jusqu'à résolution.
- Alternative : Nystatine 500.000UI (suspension orale) ttes les 6h pdt 14j. // Nystatine 1.000.000UI(comp) ttes les 8 h pdt 14j. // Miconazole gel oral 1 appl. ttes les 6h pdt 14j.
- Si dentier, l'enlever pour nuit et le désinfecter (chlorhexidine)

- Chez immunocompromis

- Fluconazole 200mg 1<sup>er</sup> j puis 100 à 200mg/j pdt 14j.
- Alternative: Itraconazole 200mg/j (en 1 ou 2 prises) pdt 14j

- **Infection virale**

- Aciclovir 15mg/Kg 5x/j po pdt 7 j. + gargarisme chlorhexidine 0,1-0,2%

# AUTRES


---

- Guide APES soins palliatifs (Québec)  
« les soins de la bouche »
- CAPP-INFO n°37 des HUG  
+ autres articles HUG
- Mucite radio-induite VADS Bull cancer 2006
- + une foule de documents sur le sujet.....



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Hygiène buccale

- Mise au point bucco-dentaire
- Soins de bouche de base
  - Brossage des dents (3x/jour)
  - Fil dentaire (1x le soir)
  - Prothèses 
  - Adaptation temporaire si douleur, mucite, neutropénie, hypoplaquettose,...
- Désinfection
  - Pas chlorhexidine car non recommandée !
  - Polyvidone iodée



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Bain de bouche au bicarbonate

---

Avant on avait :

### **Bain de bouche N°1**

Nystatine 2.400.000 UI

Corsodyl 120ml (Chlorhexidine)

Eau Distillée ad 300 ml

Problèmes du BB:

**Chlorhexidine** : non recommandée + interaction avec nystatine

**Nystatine** : inutile en prévention + contient beaucoup de sucre.





# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Bain de bouche au bicarbonate

- « L'action mécanique du gargarisme prime sur le produit utilisé ».
- Bicarbonate :
  - Dissout mucus et débris – action hydratante et nettoyante
  - ↑ PH cavité buccale → diminution risque d'infection fongique.



Site web de la Pharmacie des HUG – <http://pharmacie.hug-ge.ch/>

Informations sur les médicaments - Recommandations d'utilisation

Assistance Pharmaceutique: Blip 7 959 358



### SOIN DE BOUCHE AROMATISE

#### → Formule Pharmacie des HUG

→ bicarbonate de sodium	0,7 g
→ chlorure de sodium	0,45 g
→ arôme banane	0,125 ml
→ eau distillée	ad 100 ml





# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Cryothérapie

- Sucrer des glaçons
  - produit une vasoconstriction.
  - Réduction de production de médiateurs chimiques
- Possible pour médicaments avec  $T_{1/2}$  vie court
- Melphalan et 5-Fu en bolus
- **Pour le 5-Fu** : sucer des glaçons pendant 30 minutes en commençant 5 minutes avant l'administration.
- **Pour le Melphalan** : sucer des glaçons pendant 60 minutes en commençant 15 minutes avant l'administration.
- Effets indésirables : sensation d'engourdissement de la bouche, céphalées et nausées.



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Laser à faible puissance (LLLT)

- Il favorise la cicatrisation, diminue la douleur et l'inflammation
  - Action directe sur le système énergétique mitochondriale
  - Diminution de production de radicaux libres
  - Activation de la transfo des fibroblastes en myofibroblastes.
- Son intérêt dans le traitement préventif et curatif des mucites a été reconnu dans +ieurs ptes études.
- Laser hélium-néon (He/Ne  $\lambda=632,8\text{nm}$ ) ou laser à diode ( $\lambda=650$  à  $905\text{nm}$ ).
- Paramètres d'utilisation pas encore validé.  
(type de laser, longueur d'onde, puissance et énergie /  $\text{cm}^2$ ).

# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Laser à faible puissance (LLLT)





# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Benzydamine BB

- Recommandé pour la prévention des mucites radio-induites
- « AINS » topique : analgésique / anesthésique / anti-inflammatoire / antimicrobien / inhibiteur production cytokines.
- Bain de bouche à 0,15%.
- Gargariser pdt 2min. 15ml 4 à 8 x par jour  
Avant, pendant et 2 à 3 sem. après la radiothérapie
- Pas de spécialité en Belgique
- Spécialité en suisse : 8€ le flacon de 200ml



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Palifermine (Kepivance®)

**CBIP** : La *palifermine* est un analogue recombinant du facteur de croissance humain des kératinocytes. Elle est utilisée pour réduire l'incidence, la sévérité et la durée de la mucite buccale chez des patients atteints d'une hémopathie maligne et traités par une chimiothérapie et/ou une radiothérapie intensives avant une autogreffe de cellules souches.

- Recommandé par MASCC/ISOO
- 60µg/Kg/j. 3 j. avant et 3 j. après
- Points négatifs :
  - Coût + thérapie IV
  - Toxicités cutanées et orales / arthralgie / dysesthésie.
  - pas pour tumeurs solides, risque de prolifération tumorale.





# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Caphosol®

- Solution sursaturée en phosphate de calcium  
Supporte le processus inflammatoire + procure une source de phosphate pour réparer la cellule.
- 1 des interventions retenue par la revue Cochrane
- Est enregistré en Belgique comme dispositif médical.
- Prix!!

**Comment utiliser Caphosol® ?**

**Comment préparer Caphosol ?**

- 

1 Détacher un flacon bleu (Caphosol A) et un flacon transparent (Caphosol B).
- 

2 Enlever le bouchon de chaque flacon et verser le contenu dans un même verre propre.
- 

3 Mélanger les 2 solutions en remuant le verre. Utiliser immédiatement après reconstitution de la solution.
- 

4 Prendre la moitié du verre dans la bouche. Ne pas avaler.
- 

5 Rincer soigneusement la bouche et gargariser pendant une minute.
- 

6 Recrachter et recommencer l'opération avec le reste de la solution.

*2 x 1 min*



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## PREVENTION : Divers

- Hydratation des lèvres
- Hydratation de la cavité buccale (éviter la xérostomie)  
Gel Oralbalance  
(Pilocarpine 5mg)
- Conseils diététiques





# INTERVENTIONS A PROPOSER

## « TRAITEMENT » : à continuer

- Hygiène buccale
- Bain de bouche au Bicarbonate
- LLLT
- Kepivance®
- Caphosol®
- Oralbalance®
- Benzydamine bain de bouche



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## « TRAITEMENT » : Prise en charge de la douleur

- Selon les 3 paliers de l'OMS
- Pompe PCA



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## « TRAITEMENT » : « Bain de bouche miracle »

- Pas assez de preuves pour en cibler un en particulier.
- Produits courants :
  - Lidocaïne / Diphenhydramine / Chlorhexidine / Solution antiacide / Sucralfate / Bicarbonate de sodium / NaCl / Nystatine /...
- Exemple à Saint Luc:

### **Bain de bouche N°II**

Nystatine 2.400.000 UI

Xylocaine 120mg

Bicarbonate sodique 5,04g

Eau Distillée ad 300 ml

# Les Bains de bouche miracles

## Différentes formules

Lidocaïne visqueuse 2% (1/3)  
Diphéhydramine 2,5mg/ml (1/3)  
Antiacides (Maalox) (1/3)

Bicarbonate de sodium 1,4% 500ml  
Lidocaïne HCl 800mg (→24mg/15ml)  
Nystatine 4.800.000UI

Nystatine 2.400.000UI  
Protovit 1 flacon  
Xylocaïne 2% 20ml (= 400mg de lidocaïne) (→24mg/15ml)  
Bicarbonate de sodium 8,4% 100ml  
Eau ad 250ml

Nystatine 2.400.000 UI  
Bicarbonate de sodium 4,2 g  
Lidocaïne 100 mg (→ 6mg/15ml)  
Eau ad 250ml

Lidocaïne 400 mg (→12mg/15ml)  
Nystatine 4.800.000 UI  
Bicarbonate de sodium 1,4% ad 500ml

Triamcinolone acétonide (kénacort A 40) 80mg  
Nystatine 6.000.000 UI  
Lidocaïne 400mg (Xylocaïne 4% 10 ml) (→6mg/15ml)  
Eau ad 1 litre



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## « TRAITEMENT » : « Bain de bouche miracle »

### **Bain de bouche N°II**

Nystatine 2.400.000 UI

Xylocaine 120mg

120.000UI Nystatine / 15ml

Bicarbonate sodique 5,04g

6mg de lidocaïne / 15ml

Eau Distillée ad 300 ml

### Problèmes du BB:

Nystatine : sous-dosée + contient beaucoup de sucre.

Lidocaïne : pas très dosé

### Dosages Nystatine recommandés :

Nouveaux-nés: 100.000 UI 4x/jour

0-2ans : 200.000UI 4x/jour

> 2 ans : 400.000 à 600.000UI 4x/jour





# INTERVENTIONS A PROPOSER

## « TRAITEMENT » : Bain de bouche à la lidocaïne

- On cherche toujours une nouvelle formulation.....!
- Lidocaïne HCl  
Arômes
- Xylocaïne visqueuse® 2% retirée du marché récemment



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## « TRAITEMENT » : Antimycotique

- Miconazole (Daktarin® gel oral)  
1 application ttes les 6h pdt 14jours.
- Fluconazole (Diflucan®)  
150 à 200mg 1x ou 100mg 1x/24h jusqu'à résolution.
- Itraconazole (Sporanox®)  
200mg 1x/24h jusqu'à résolution.



# INTERVENTIONS A PROPOSER

## « TRAITEMENT » : Bain de bouche à la Morphine

- Pourrait être proposé à certains patients avec une mucite très invalidante. (!!bien cibler les patients!!)
- 3 articles sur le sujet (rapport de cas, ptes études)
- Cité dans la guideline MASCC
- Bain de bouche à 2mg/ml (2‰)
- Soulagerait mieux les douleurs nociceptives que les douleurs neuropathiques.



# CONCLUSIONS

- Patient commence un traitement à risque de mucite
  - Mise au point bucco-dentaire
  - Hygiène buccale irréprochable
  - Bain de bouche au bicarbonate
    - + cryo + LLLT + benzy + kepivance + caphosol
  - Surveillance
- Patient développe une mucite
  - Hygiène buccale irréprochable
  - Bain de bouche bicarbonate
  - Traitement douleur
    - local : anesthésiques topiques, (morphine)
    - systémique : selon paliers OMS
  - Traitement infections si besoin

# CONCLUSIONS

Support Care Cancer (2006) 14: 548–557  
DOI 10.1007/s00520-006-0060-7

ORIGINAL ARTICLE

Deborah B. McGuire  
Judith Johnson  
Cesar Migliorati

**Promulgation of guidelines for mucositis  
management: educating health care  
professionals and patients**

Le challenge :

- faire changer les habitudes
- diffuser correctement les nouveautés.



## 2/ Prise en charge des Nausées / Vomissements chimio et radio-induits.





# LES SOURCES



- ASCO Guidelines for Antiemetics in oncology : Update 2006
- NCCN Antiemesis V.1.2010 
- MASCC Antiemetic Guidelines 2010
- **Synthèse** « Recommandations pour la prévention et le traitement des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie » **Bull Cancer 2009**  
(J-P Durand Hôpital Cochin Paris) 
- « Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting »  
Hesketh Paul **N Engl J Med** june 5,2008



# LES SOURCES

## « Recommandations méthodologiques sur la prise en charge des NVCI »

- Définir les niveaux émettant de chaque protocole
- Classer l'ensemble des protocoles de chimiothérapies utilisés ds tableau à 4 colonnes
- Associer à chaque niveau émettant 1 schéma antiémétique clairement défini.
  - + Définir les traitements de secours à appliquer si besoin
  - + Ordonnances pour le domicile



# CLASSIFICATION DES ANTICANCEREUX SELON LEUR RISQUE EMETOGENE

---

Le niveau émétisant d'un **protocole**  
est déterminé  
par le niveau émétogène  
du médicament le plus émétisant



# CLASSIFICATION DES ANTICANCEREUX SELON LEUR RISQUE EMETOGENE

Risque émétogène des anticancéreux:  
4 catégories

- Haut risque (>90%)
- Risque modéré (30 à 90%)
- Risque faible (10 à 30%)
- Risque très faible (<10%)



## « Recommandations méthodologiques sur la prise en charge des NVCI »

- Définir les niveaux émettant de chaque protocole
- Classer l'ensemble des protocoles de chimiothérapies utilisés ds tableau à 4 colonnes
- Associer à chaque niveau émettant 1 schéma antiémétique clairement défini.
  - + Définir les traitements de secours à appliquer si besoin
  - + Ordonnances pour le domicile



### Anticancéreux Hautement Emétisant

Carmustine  $\geq 250\text{mg}/\text{m}^2$   
 Cisplatine  
 Cyclophosphamide  $\geq 1,5\text{g}/\text{m}^2$   
 Cyclophosphamide  $\geq 500\text{mg}/\text{m}^2$  associé à une antracycline (FEC, EC)  
 Dacarbazine  
 Ifosfamide  
 Méthotrexate  $>250\text{ mg}/\text{m}^2$   
 Streptozocine

Remboursement de l'Emend® si :

- Anticancéreux hautement émétisant
- Anticancéreux moyennement émétisant suivi du sigle \$.

### Anticancéreux Moyennement Emétisant

Azacitidine	Epirubicine \$
Bendamustine	Etoposide PO
Busulfan $> 4\text{mg}/\text{j}$ .	Idarubicine
Carboplatine \$	Irinotécan \$
Carmustine $< 250\text{mg}/\text{m}^2$	Imatinib
Clofarabine	Lomustine
Cyclophosphamide $< 1,5\text{g}/\text{m}^2$	Melphalan IV
Cyclophosphamide PO	Oxaliplatine $> 75\text{mg}/\text{m}^2$
Cytarabine $> 1\text{g}/\text{m}^2$	Procarbazine
Dactinomycine	Témazolomide
Daunorubicine	Trioxyde d'arsenic
Doxorubicine \$	Vinorelbine PO

**Le niveau émétisant d'un protocole est celui du**

### Schéma Antiémétique : hautement émétisant

	J1	J2	J3	J4
Emend® (Aprépitant) PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin	/
Ondansétron 8mg	8mg IV 30min avant	/	/	/
Aacidexam® 5mg (dexaméthasone)	15 mg IV 30 min avant	/	/	/
Medrol® Méthylprednisolone	/	48 mg* le matin	48 mg* le matin	48 mg* le matin
Litican® $\phi$ Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio			

\*Pour le FEC ou EC : pas de Medrol® du J2 au J4  
 $\phi$  à l'U83

### Schéma Antiémétique : moyennement émétisant

Schéma 1	J1	J2	J3
Ondansétron 8mg	8mg IV 30 min avant	/	/
Aacidexam® 5mg (dexaméthasone)	10mg IV 30 min avant	/	/
Medrol® Méthylprednisolone	/	48 mg* le matin	48 mg* le matin
Si besoin, si remboursé Emend®(Aprépitant) PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin
Litican® $\phi$ / Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio		

E : pas de Medrol® au J2-J3 si Emend® //  $\phi$  à l'U83

Si contre-indication aux corticoïdes :

Ondansétron 8mg 2x/jour au J2 et J3 / Aacidexam® au J1 / Pas de Medrol® au J2 et J3

Ou (si conditions remboursement OK)

Emend® du J1 au J3 / Ondansétron au J1 seulement ! / Aacidexam® au J1



## « Recommandations méthodologiques sur la prise en charge des NVCI »

- Définir les niveaux émettant de chaque protocole
- Classer l'ensemble des protocoles de chimiothérapies utilisés ds tableau à 4 colonnes
- Associer à chaque niveau émettant 1 schéma antiémétique clairement défini.
  - + Définir les traitements de secours à appliquer si besoin
  - + Ordonnances pour le domicile

Anticancéreux Hautement Emétisant	Anticancéreux Moyennement Emétisant
Carmustine $\geq 250\text{mg}/\text{m}^2$ Cisplatine Cyclophosphamide $\geq 1,5\text{g}/\text{m}^2$ Cyclophosphamide $\geq 500\text{mg}/\text{m}^2$ associé à une antracycline (FEC, EC) Dacarbazine Ifosfamide Méthotrexate $>250\text{ mg}/\text{m}^2$ Streptozocine	Azacitidine Bendamustine Busulfan $> 4\text{mg}/\text{j}$ . <b>Carboplatine \$</b> Carmustine $< 250\text{mg}/\text{m}^2$ Clofarabine Cyclophosphamide $<1,5\text{g}/\text{m}^2$ Cyclophosphamide PO Cytarabine $> 1\text{g}/\text{m}^2$ Dactinomycine Daunorubicine <b>Doxorubicine \$</b>
<b>Epinubicine \$</b> Etoposide PO Idarubicine <b>Irinotécan \$</b> Imatinib Lomustine Melphalan IV Oxaliplatine $> 75\text{mg}/\text{m}^2$ Procarbazine Témzolomide Trioxyde d'arsenic Vinorelbine PO	
<b>Remboursement de l'Emend® si :</b> - Anticancéreux hautement émétisant - Anticancéreux moyennement émétisant suivi du sigle \$.	

### Le niveau émétisant d'un protocole est celui d

Schéma Antiémétique : hautement émétisant	Schéma Antiémétique : moyennement émétisant																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>J1</th> <th>J2</th> <th>J3</th> <th>J4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Emend® (Aprépitant)</b> PO</td> <td>125mg 1h avant</td> <td>80mg le matin</td> <td>80mg le matin</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Ondansétron 8mg</td> <td>8mg IV 30min avant</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Aacidexam® 5mg (dexaméthasone)</td> <td>15 mg IV 30 min avant</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Medrol® Méthylprednisolone</td> <td>/</td> <td>48 mg* le matin</td> <td>48 mg* le matin</td> <td>48 mg* le matin</td> </tr> <tr> <td>Litican® <math>\phi</math> Alizapride</td> <td colspan="4">300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio</td> </tr> </tbody> </table>		J1	J2	J3	J4	<b>Emend® (Aprépitant)</b> PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin	/	Ondansétron 8mg	8mg IV 30min avant	/	/	/	Aacidexam® 5mg (dexaméthasone)	15 mg IV 30 min avant	/	/	/	Medrol® Méthylprednisolone	/	48 mg* le matin	48 mg* le matin	48 mg* le matin	Litican® $\phi$ Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Schéma 1</th> <th>J1</th> <th>J2</th> <th>J3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ondansétron 8mg</td> <td>8mg IV 30 min avant</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Aacidexam® 5mg (dexaméthasone)</td> <td>10mg IV 30 min avant</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Medrol® Méthylprednisolone</td> <td>/</td> <td>48 mg* le matin</td> <td>48 mg* le matin</td> </tr> <tr> <td>Si besoin, si remboursé <b>Emend®(Aprépitant)</b> PO</td> <td>125mg 1h avant</td> <td>80mg le matin</td> <td>80mg le matin</td> </tr> <tr> <td>Litican® <math>\phi</math> / Alizapride</td> <td colspan="3">300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio</td> </tr> </tbody> </table>	Schéma 1	J1	J2	J3	Ondansétron 8mg	8mg IV 30 min avant	/	/	Aacidexam® 5mg (dexaméthasone)	10mg IV 30 min avant	/	/	Medrol® Méthylprednisolone	/	48 mg* le matin	48 mg* le matin	Si besoin, si remboursé <b>Emend®(Aprépitant)</b> PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin	Litican® $\phi$ / Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio		
	J1	J2	J3	J4																																																			
<b>Emend® (Aprépitant)</b> PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin	/																																																			
Ondansétron 8mg	8mg IV 30min avant	/	/	/																																																			
Aacidexam® 5mg (dexaméthasone)	15 mg IV 30 min avant	/	/	/																																																			
Medrol® Méthylprednisolone	/	48 mg* le matin	48 mg* le matin	48 mg* le matin																																																			
Litican® $\phi$ Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio																																																						
Schéma 1	J1	J2	J3																																																				
Ondansétron 8mg	8mg IV 30 min avant	/	/																																																				
Aacidexam® 5mg (dexaméthasone)	10mg IV 30 min avant	/	/																																																				
Medrol® Méthylprednisolone	/	48 mg* le matin	48 mg* le matin																																																				
Si besoin, si remboursé <b>Emend®(Aprépitant)</b> PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin																																																				
Litican® $\phi$ / Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio																																																						
*Pour le FEC ou EC : pas de Medrol® du J2 au J4 $\phi$ à l'U83	E : pas de Medrol® au J2-J3 si Emend® // $\phi$ à l'U83 <b>Si contre-indication aux corticoïdes :</b> Ondansétron 8mg 2x/jour au J2 et J3 / Aacidexam® au J1 / Pas de Medrol® au J2 et J3 Ou (si conditions remboursement OK) Emend® du J1 au J3 / Ondansétron au J1 seulement ! / Aacidexam® au J1																																																						

### Traitement de secours :

#### Pendant la cure de chimio

Anti-D2 en bolus : Litican® 200mg IV perf. 10-15min // Litican® 200mg PO cette administration peut être renouvelée 2 fois. (⚡ ↓ de 50% dose si IR !!)  
Remarque : en cas d'administration de fortes doses, le Litican® est préféré au primperan car il passe moins la BHE et diminue donc le risque de syndrome extra-pyramidal.  
 A l'U83, tenir compte de la dose déjà mise dans perf. entretien.  
 Rappel : Dose maximale Alizapride (Litican®) = 20mg/Kg/j.  
 Ou Primperan® suppos 20mg toutes les 4 à 6 h.  
 Benzodiazépine : si état nauséux persistant.

Penser : - à administrer 1 autre médicament d'1 autre classe pharmacologique  
 - à un autre diagnostic !!

#### Pour la cure suivante: Penser à rajouter :

Benzodiazépine : 1h avant la chimio et si besoin matin et soir du J2 au J4  
 Anti-D2 : Alizapride : 500mg/12h IV ou 250mg/6h IV (⚡ réduire de 50% si IR !!)  
 Métoclopramide / Halopéridol / Olanzapine  
 A l'U83 : adapter la perfusion d'entretien.  
 Rappel : Dose maximale Alizapride (Litican®) = 20mg/Kg/j.

Corticoïdes : si pas déjà donnés dans le protocole

# DEFINITIONS

- **N+/V+ aigus :**  
surviennent pendant les 24 premières heures de la chimiothérapie
- **N+/V+ retardés**  
surviennent au-delà des 24 premières heures
- **N+/V+ anticipés**  
surviennent dans les 24-48 h qui précèdent l'administration de la chimiothérapie



# LES ANTI-EMETIQUES

## → Antiémétiques à index thérapeutique élevé

- Antagoniste des récepteurs 5-HT<sub>3</sub> : Sétrons
- Antagoniste des récepteurs NK<sub>1</sub> : Aprépitant / Emend®
- Corticoïdes

## → Antiémétiques à index thérapeutique faible

- Antagonistes D<sub>2</sub>
  - Halopéridol
  - Metoclopramide / Alizapride
  - Olanzapine

# Anti- 5-HT3 / Sétrons

- Equivalence entre les différents agents
- Single daily dose recommandée
- Voie IV ou voie orale identique
  - Si IV: 30min avant chimio // Si pos : 1h avant chimio
- Plus efficace sur les Vo aigus que retardés
- Les études sont contradictoires par rapport à leur efficacité dans la prise charge des N<sup>+</sup>/V<sup>+</sup> retardés
- Palonosetron : ↑ t<sub>1/2</sub> et ↑ affinité pour récepteur
  - Preuves de non-infériorité
  - Pas encore d'essai comparatif adéquat ayant montré la supériorité



# Aprépitant / Emend®

- Antagoniste des récepteurs aux neurokinines 1 (NK1)
- Actif sur les Vo aigus et retardés
- Conditions de remboursements!!!
- Substrat, Inhibiteur modéré et Inducteur du CYP3A4  
Inducteur du CYP2C9  
→ risque interactions médicamenteuses

# Aprépitant / Interactions

- Contre-indications avec  
Pimozide / Terfénadine / Astémizole / Cisapride
- Attention avec médicaments à marge thérapeutique étroite administrés par voie orale  
Ciclosporine/ tacrolimus/ sirolimus/évérolimus/fentanyl/dièrgotamine/  
ergotamine/ quinidine / (irinotécan)
- Anticoagulants oraux
- Efficacité des Contraceptifs oraux peut être réduite
- Inhibiteurs ou Inducteurs du CYP3A4



# Corticoïdes

- Equivalence entre les différents agents
  - Dexaméthasone ou méthylprednisolone
  - Dexaméthasone le plus étudié donc recommandé par ASCO
  - À dose équivalente, ils ont la même efficacité et tolérance
- Voie IV ou voie orale identique (sauf pour interaction avec aprépitant)  
Si IV: 30min avant chimio // Si pos : 1h avant chimio
- Single daily dose recommandée
- Actifs sur Vo aigus et retardés
- Les doses de corticoïdes, donnés comme antiémétique, doivent être réduites de 40% si administré avec aprépitant. On ne réduit pas la posologie des corticoïdes donnés pour une autre indication.

Dexaméthasone	12 mg	8 mg
Méthylprednisolone	64 mg	44 mg

# RECOMMANDATIONS

## Risque élevé

	J1	J2	J3	J4
Emend® Aprépitant	125mg pos 1h avant chimio	80mg pos Le matin	80mg pos Le matin	/
Novaban® Tropisétron	5mg IV ou pos 30min ou 1h avant	/	/	/
Dexaméthasone	12mg pos 1h avant chimio	8mg pos	8mg pos	8mg pos

### Corticoïdes :

- En 1 prise par jour
- Si pas Emend® : Dexa 20mg J1 / Dexa 8mg 2x/j J2-J4
- Selon NCCN : Dexa IV ou Pos

# RECOMMANDATIONS

Risque modéré / AC ≈ "risque élevé"

	J1	J2	J3	J4
Emend® Aprépitant	125mg pos 1h avant chimio	80mg pos Le matin	80mg pos Le matin	/
Novaban® Tropisétron	5mg IV ou pos 30min ou 1h avant	/	/	/
Dexaméthasone	12mg pos 1h avant chimio	/	/	/

N+/V+ retardés : Aprépitant **ou** Dexa au J2-J3 (8mg)

Selon NCCN : Dexa IV ou Pos

# RECOMMANDATIONS

## Risque modéré (hors AC)

	J1	J2	J3	J4
Aloxi® Palonosétron	0,25mg IV 30min avant	/	/	/
Dexaméthasone	8mg IV ou pos 30 min ou 1h avant chimio	8mg pos le matin	8mg pos le matin	/

Dans ce cas : Dexa : 8mg 1x / jour ou 4mg 2x / jour

Selon NCCN : Dexa 12mg IV ou Pos au J1

# RECOMMANDATIONS

## Risque faible

	J1	J2
Dexaméthasone	8mg IV ou Pos 30 min ou 1h avant chimio	/

MASCC : 4 à 8 mg de dexaméthasone

NCCN : 12 mg de dexaméthasone IV ou Pos

# RECOMMANDATIONS

## Risque très faible

---

Rien d'office

# RECOMMANDATIONS

## N+/V+ Anticipés

- Le mieux = **traitement correct à la première cure**
- Tenir compte des **facteurs de risque** pour éviter les soucis à la première cure

Facteurs aggravants	Facteurs protecteurs
Femme <55 ans Anxiété Mal transports Nausées gravidés	alcoolisme

- EBM -
  - Thérapie comportementale
  - Acupuncture
  - Benzodiazépines

Lorazepam 0,5 à 2mg pos la nuit avant et le matin de la chimio

Alprazolam 0,5 à 2mg pos 3x/j en commençant la nuit avant chimio

# RECOMMANDATIONS

## Schéma pour chimio sur plusieurs jours

---

- Principe: prescrire les antiémétiques adaptés aux cytostatiques reçus le jour.
- N<sup>+</sup>/V<sup>+</sup> aigus et retardés qui se chevauchent
- Selon Review N Engl J Med:
  - Souvent l'anticancéreux le plus émétogène est mis le 1er jour et donc un traitement classique suffit
  - Sinon : 5-HT3 antagonistes + corticoïdes



# RECOMMANDATIONS

## Schéma pour chimio en continu

---

- Antagonistes D<sub>2</sub> (métoclopramide 30mg pos 1h avant la chimio)  
Ou en 2ème intention, en cas d'échec
- Antagonistes 5-HT<sub>3</sub>
- Mais corticoïdes pas possible au long cours.

Synthèse du Bull du cancer

# RECOMMANDATIONS

## Traitement de secours : Principes

- Plus facile à **prévenir** qu'à traiter
- Vérifier que **le traitement antiémétique était adapté** au risque émétogène du protocole.
- Utiliser un **agent supplémentaire** d'une **autre classe pharmacologique**
- Associer **plusieurs agents**
- **Systematique** plutôt que si nécessaire.
- Voie orale pas possible → **Voie IV** ou **Voie rectale** (?).
- Assurer une bonne hydratation du patient
- Réévaluer le patient avant la cure suivante :
  - Ecarter une éventuelle co-morbidité qui entraînerait risque de N<sup>+</sup>/V<sup>+</sup> supplém.  
Métastases cérébrales/Troubles ioniques/ Infiltration tumorale/...
  - Vérifier l'efficacité du traitement antiémétique de la cure précédente, s'assurer que le traitement antiémétique était bien adapté au risque et augmenter le traitement si nécessaire  
Cfr. dia suivante
- Si dyspepsie, donner anti H2 ou IPP (selon NCCN)

# RECOMMENDATIONS

## Traitement de secours

### BREAKTHROUGH TREATMENT FOR CHEMOTHERAPY INDUCED NAUSEA/VOMITING<sup>c,i</sup>

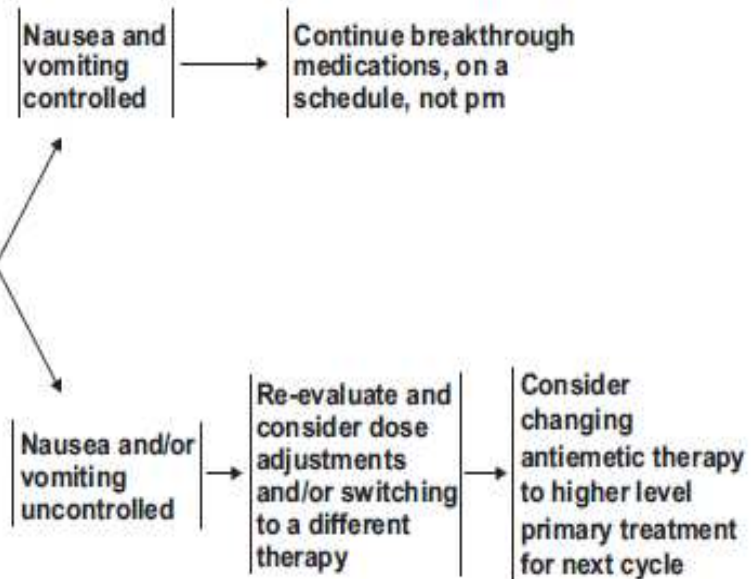
General principle of breakthrough treatment is to add one agent from a different drug class pm to the current regimen<sup>d</sup>

- **Antipsychotic:**
  - Haloperidol 1-2 mg PO every 4-6 h pm<sup>g</sup>
  - Olanzapine 2.5-5 mg PO bid (category 2B)<sup>j</sup>
- **Benzodiazepine:**
  - Lorazepam 0.5-2 mg PO either every 4 or every 6 h
- **Cannabinoid:**
  - ~~Dronabinol 5-10 mg PO either every 3 or every 6 h~~
  - ~~Nabilone 1-2 mg PO bid~~
- **Dopamine receptor antagonist:**
  - Metoclopramide 10-40 mg PO or IV either every 4 or every 6 h<sup>g</sup>
- **Phenothiazine:**
  - ~~Prochlorperazine 25 mg supp pr every 12 h or 10 mg PO or IV every 4 or every 6 h<sup>g</sup>~~
  - Promethazine 12.5-25 mg PO or IV every 4 h<sup>g</sup>
- **Serotonin 5-HT<sub>3</sub> antagonists:**
  - Dolasetron 100 mg PO daily or 1.8 mg/kg IV or 100 mg IV
  - Granisetron 1-2 mg PO daily or 1 mg PO bid or 0.01 mg/kg (maximum 1 mg) IV or transdermal patch containing 34.3 mg granisetron
  - Ondansetron 16 mg PO or 8 mg IV daily
- **Steroid:**
  - Dexamethasone 12 mg PO or IV daily

Any nausea/vomiting →

### RESPONSE TO BREAKTHROUGH ANTIEMETIC TREATMENT

### SUBSEQUENT CYCLES



Pas dispo en Belgique



## Recommandations pour la prévention et le traitement des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie chez l'adulte

Anticancéreux Hautement Émétique	Anticancéreux Moyennement Émétique	Anticancéreux Faiblement Émétique	Anticancéreux Très Faiblement Émétique		
Carmustine > 250mg/m <sup>2</sup> Cisplatine Cyclophosphamide > 1,5g/m <sup>2</sup> Cyclophosphamide > 500mg/m <sup>2</sup> associé à une antracycline (FEC, EC) Dacarbazine Ifosfamide Méthotrexate > 250 mg/m <sup>2</sup> Streptozocine	Azacitidine Bendamustine Busulfan > 4mg) Carboplatine \$ Carmustine < 250mg/m <sup>2</sup> Clotarabine Cyclophosphamide <1,5g/m <sup>2</sup> Cyclophosphamide PO Cyctarabine > 1g/m <sup>2</sup> Dactinomycine Daunorubicine Doxorubicine \$	Epirubicin \$ Etoposide PO Idarubicine Irinotecan \$ Irinotecan Lomustine Melphalan IV Oxaliplatine > 75mg/m <sup>2</sup> Procarbazine Temozolomide Trioxys d'arsenic Vinorelbine PO	5-Fluorouracil Bortézomib Capecitabine Cytarabine <1000 mg/m <sup>2</sup> Docétaxel Doxorubicine liposomale Etoposide IV Fludarabine PO	Alectuzumab Bévaccuzumab Biomyrcine Busulfan Cétuximab Chlorambucil Cladribine Dasatnib Enfortinib Fludarabine IV Gémfitabine Gemtacinib Lapatinib	L-asparaginase Melphalan PO Méthotrexate < 50mg/m <sup>2</sup> Panitumumab Ribuximab Sorafenib Sunitinib Temsirolimus Thalidomide Trastuzumab Vinorelbine Vincristine Vinorelbine IV

**Le niveau émétique d'un protocole est celui du médicament le plus émétique**

Schéma Antiémétique : hautement émétique	Schéma Antiémétique : moyennement émétique	Schéma Antiémétique : Faiblement émétique	Schéma Antiémétique : Très faiblement émétique																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>J1</th> <th>J2</th> <th>J3</th> <th>J4</th> </tr> <tr> <td><b>Emend® / Ondansétron</b> PO</td> <td>125mg 1h avant</td> <td>80mg le matin</td> <td>80mg le matin</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Ondansétron 8mg</td> <td>8mg IV 30min avant</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Acicidexam® 5mg (dexaméthasone)</td> <td>15 mg IV 30 min avant</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Medrol® / Méthylprednisolone</td> <td>/</td> <td>48 mg/ le matin</td> <td>48 mg/ le matin</td> <td>48 mg/ le matin</td> </tr> <tr> <td>Litcan® / Alizapride</td> <td colspan="4">300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio</td> </tr> </table>		J1	J2	J3	J4	<b>Emend® / Ondansétron</b> PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin	/	Ondansétron 8mg	8mg IV 30min avant	/	/	/	Acicidexam® 5mg (dexaméthasone)	15 mg IV 30 min avant	/	/	/	Medrol® / Méthylprednisolone	/	48 mg/ le matin	48 mg/ le matin	48 mg/ le matin	Litcan® / Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Schéma 1</th> <th>J1</th> <th>J2</th> <th>J3</th> </tr> <tr> <td>Ondansétron 8mg</td> <td>8mg IV 30 min avant</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Acicidexam® 5mg (dexaméthasone)</td> <td>10mg IV 30 min avant</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Medrol® / Méthylprednisolone</td> <td>/</td> <td>48 mg/ le matin</td> <td>48 mg/ le matin</td> </tr> <tr> <td><b>Emend® / Ondansétron</b> PO</td> <td>125mg 1h avant</td> <td>80mg le matin</td> <td>80mg le matin</td> </tr> <tr> <td>Litcan® / Alizapride</td> <td colspan="3">300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio</td> </tr> </table> <p>E : pas de Medrol® au J2-J3 si Emend® // E à l'UE3                      Si contre-indication aux corticoïdes :                      Ondansétron 8mg 2x/jour au J2 et J3 / Acicidexam® au J1 / Pas de Medrol® au J2 et J3                      Ou (si conditions remboursement OK)                      Emend® du J1 au J3 / Ondansétron au J1 seulement // Acicidexam® au J1</p>	Schéma 1	J1	J2	J3	Ondansétron 8mg	8mg IV 30 min avant	/	/	Acicidexam® 5mg (dexaméthasone)	10mg IV 30 min avant	/	/	Medrol® / Méthylprednisolone	/	48 mg/ le matin	48 mg/ le matin	<b>Emend® / Ondansétron</b> PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin	Litcan® / Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio			<p>Dexaméthasone 10 mg IV au J1 ou Méthylprednisolone 48 mg PO au J1</p> <p style="text-align: center;"><b>Traitement de secours</b></p> <p>Pendant la cure de chimio :                      Anti-D<sub>2</sub> et/ou benzodiazépines (IV ou voie rectale)                      Primpéran® 10 à 40mg toutes les 4 à 6h (IV ou PO) ou Primpéran® suppos 20mg toutes les 4 à 6h.</p> <p>Pour la cure suivante :                      Sétron pos. (Ondansétron) 1 h avant chimio (vérifier conditions remboursements (cfr. INAMI / Médicaments / chapitre IV) <a href="http://www.inami.fgov.be/homef.htm">http://www.inami.fgov.be/homef.htm</a>)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Traitement de secours</b></p> <p>Pas de traitement en 1<sup>ère</sup> intention</p> <p>Rem. : Si patient à risque de N+V+ : cfr. traitement de secours</p> <p>Pendant la cure de chimio :                      Anti-D<sub>2</sub> et/ou benzodiazépines (IV ou voie rectale)                      Primpéran® 10 à 40mg toutes les 4 à 6h (IV ou PO) ou Primpéran® suppos 20mg toutes les 4 à 6h.</p> <p>Pour la cure suivante :                      Anti-D2 PO 1 h avant chimio ; Mitoclopramide 30 mg pos</p>
	J1	J2	J3	J4																																																					
<b>Emend® / Ondansétron</b> PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin	/																																																					
Ondansétron 8mg	8mg IV 30min avant	/	/	/																																																					
Acicidexam® 5mg (dexaméthasone)	15 mg IV 30 min avant	/	/	/																																																					
Medrol® / Méthylprednisolone	/	48 mg/ le matin	48 mg/ le matin	48 mg/ le matin																																																					
Litcan® / Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio																																																								
Schéma 1	J1	J2	J3																																																						
Ondansétron 8mg	8mg IV 30 min avant	/	/																																																						
Acicidexam® 5mg (dexaméthasone)	10mg IV 30 min avant	/	/																																																						
Medrol® / Méthylprednisolone	/	48 mg/ le matin	48 mg/ le matin																																																						
<b>Emend® / Ondansétron</b> PO	125mg 1h avant	80mg le matin	80mg le matin																																																						
Litcan® / Alizapride	300mg IV dans la perfusion d'entretien chaque jour de chimio																																																								

Traitement de secours	Nausées / Vomissements anticipés	Prévention avec Radiothérapie								
<p style="text-align: center;"><b>Pendant la cure de chimio</b></p> <p>Anti-D<sub>2</sub> en bolus : Litcan® 200mg IV perf. 10-15min // Litcan® 200mg PO cette administration peut être renouvelée 2 fois. (à 1/2 de 50% dose si IR !!)                      Remarque : en cas d'administration de fortes doses, le Litcan® est préféré au primpéran car il passe moins la BHE et diminue donc le risque de syndrome extra-pyramidal.                      A l'UE3, tenir compte de la dose déjà mise dans perf. entretien.                      Rappel : Dose maximale Alizapride (Litcan®) = 20mg/Kg).                      Ou Primpéran® suppos 20mg toutes les 4 à 6 h.                      Benzodiazépine : si état nauséux persistant.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Nausées / Vomissements anticipés</b></p> <p>- Utiliser dès la 1<sup>ère</sup> cure le protocole antiémétique approprié.                      - Techniques psychologiques.                      - Lorazepam : 0,5mg à 2mg PO 1 h avant la chimio                      ou Alprazolam 0,5 à 2 mg PO 3x/j à débiter la nuit avant chimio.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chimiothérapie sur plusieurs jours</b></p> <p>- Chaque jour, le patient doit recevoir l'association d'antiémétiques adaptée au risque émétique de la chimio du jour + prévoir un traitement jusqu'à 2-3 jours après la fin du traitement (pour N+V+ retardés)                      L'aspéritant ne doit pas être donné plus que du J1 au J3.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chimiothérapie en continu</b></p> <p>- Un traitement systématique par anti-D<sub>2</sub> est recommandé                      Mitoclopramide 30mg PO 1 h avant la chimio                      - En cas d'échec, on choisira un sétron PO (Ondansétron 8mg 1 à 2 x / jour)                      - Un corticoïde en continu n'est pas recommandé.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Prévention avec Radiothérapie</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Type de radiothérapie</th> <th>Traitement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Irradiation corporelle totale</td> <td>Ondansétron 8mg PO 1h avant et 8h après + Médrol 24mg PO le matin à chaque fraction + 24h après</td> </tr> <tr> <td>Irradiation in-corporelle irradiation abdominale sup. irradiation du petit bassin irradiation de champs en mantle irradiation radio chirurgicale crânienne irradiation spino-crânienne</td> <td>Ondansétron 8mg PO 1h avant et 8h après  Chaque jour de radiothérapie</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>Anti-D<sub>2</sub> si nécessaire</td> </tr> </tbody> </table>	Type de radiothérapie	Traitement	Irradiation corporelle totale	Ondansétron 8mg PO 1h avant et 8h après + Médrol 24mg PO le matin à chaque fraction + 24h après	Irradiation in-corporelle irradiation abdominale sup. irradiation du petit bassin irradiation de champs en mantle irradiation radio chirurgicale crânienne irradiation spino-crânienne	Ondansétron 8mg PO 1h avant et 8h après  Chaque jour de radiothérapie	Autres	Anti-D <sub>2</sub> si nécessaire
Type de radiothérapie	Traitement									
Irradiation corporelle totale	Ondansétron 8mg PO 1h avant et 8h après + Médrol 24mg PO le matin à chaque fraction + 24h après									
Irradiation in-corporelle irradiation abdominale sup. irradiation du petit bassin irradiation de champs en mantle irradiation radio chirurgicale crânienne irradiation spino-crânienne	Ondansétron 8mg PO 1h avant et 8h après  Chaque jour de radiothérapie									
Autres	Anti-D <sub>2</sub> si nécessaire									

Antiemétiques à index thérapeutique faible (Antagonistes D <sub>2</sub> )		
	Posologie (PO)	Posologie (IV)
Mitoclopramide / Primpéran®	10-40 mg / 4 à 6 h	
Alizapride / Litcan®	150 à 300mg / jour en 2 ou 3 prises jusqu'à maximum 20 mg/Kg/jour si besoin	
Compléridone / Moliurim®	20 mg 3x / jour	
Olanzapine / Zypreval®	2,5 à 5 mg 2 x / jour	
Halopéridol / Halidol®	1 - 2 mg / 4 à 6 h	1 - 3 mg / 4 à 6 h
Diphényhydramine / R-calmb®	25-50mg / 4 à 6 h	Peut être donné avec metoclopramide, alizapride ou halopéridol si syndrome extra-pyramidal

Antiemétiques à index thérapeutique élevé		
	Posologie	Remarques
Anti-NK1 Aprepitant / Emend® comprimés	J1: 125mg 1h avant chimio J2 et J3 : 80mg le matin	Si IR : pas d'adaptation Si SH Child-Pugh C : prudence Interactions médicam. via CYP3A4 et 2C9 (cfr. à droite)
Anti-5HT <sub>3</sub> Sétron Ondansétron	8mg 1x/jour IV 8mg 2x/jour PO (si besoin 8mg 3x/j, PO)	- PO : à prendre dès le lever, 1 h avant la prise de nourriture 1h avant chimio si PO / 30 min avant chimio si IV - Si 8mg 2x/jour pas suffisant on peut essayer 8mg 3x/jour.
Corticoïdes - Méthylprednisolone Solu-Medrol 40mg® / Medrol® - Dexaméthasone / Acicidexam 5mg®		La posologie des corticoïdes donnés dans un schéma antiémétique (mais pas les corticoïdes donnés pour un autre indication) est diminuée si associé à l'Emend.



## Sites utiles en oncologie

---

- ASCO <http://www.asco.org/>
- NCCN <http://www.nccn.org/>
- MASCC <http://www.mascc.org/>
- ESMO <http://www.esmo.org/>

**Merci pour votre attention**



**CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC**

