|  |
| --- |
| Préparé par l’équipe ***Onco*llabore provincial** du Programme québécois de cancérologie (PQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux.  **Mise en garde** : Les meilleurs soins ont été apportés à ces informations qui sont basées sur les données disponibles au moment de leur rédaction. Ne se substitue pas au jugement clinique.  Pour rejoindre l’équipe ***Onco*llabore provincial**, veuillez communiquer à l’adresse suivante : **oncollabore@msss.gouv.qc.ca** |
| **UTILISATION NON INSCRITE À LA LISTE DE MÉDICAMENTS - ÉTABLISSEMENTS**  Le contenu de cette ordonnance est en attente d’approbation par les comités provinciaux. |

Indication : Traitement de 4e intention ou plus du myélome multiple récidivant ou réfractaire chez les personnes ayant déjà reçu un immunomodulateur, un inibiteur du protéasome et un anticorps ciblant la protéine CD38, dont la maladie est réfractaire au dernier traitement reçu. ECOG 0 ou 1.

Durée prévue du traitement : Jusqu’à progression ou toxicité inacceptable

Cycles de 14 jours

# PLAN DE TRAITEMENT

Date : …………………………… Cycle No : ……………………

(aaaa/mm/jj)

 Nombre de cycles autorisés : ……………………

 Retarder le cycle ……… de : …………………………………………… Raison : ………………………………………………………… Initiales : …………

# **EXAMENS ET TESTS DE LABORATOIRE** (~~raturer~~ pour exclure)

**Tests requis pour la validation pharmaceutique du traitement**

**Jour 1**

 FSC  Créatinine  Na, K, Cl  AST/ALT

 Bilirubine totale  Dosage des immunoglobulines (aux cycles impairs)

**Autres tests pour le suivi**

□ Électrophorèse des protéines □ Chaînes légères libres sériques □ Calcium et albumine

# PRÉREQUIS AU TRAITEMENT (~~raturer~~ pour exclure)

**Dans les 24 heures ou …………………… qui précèdent le traitement (délai applicable en cours de traitement)**

Neutrophiles à 0,5 x 10⁹/L ou ……….. x 10⁹/L et plus, ET plaquettes à 25 x 10⁹/L ou ……….. x 10⁹/L et plus

Si seuil non atteint : Aviser l’équipe traitante

# PRÉREQUIS AU TRAITEMENT (suite) (~~raturer~~ pour exclure)

**Une intervention pourrait être requise si :** (Liste non-exhaustive)

Débit estimé de filtration glomérulaire inférieur à 30 mL/min/1,73 m2

Bilirubine totale supérieure à 3 fois la limite supérieure de la normale

Perte de poids importante

IgG totales inférieures à 4 g/L: donner le traitement et envisager l’administration d’immunoglobulines selon l’état clinique de l’usager

# MÉDICATION PRÉTRAITEMENT (60 minutes prétraitement) (~~raturer~~ pour exclure)

**Jour 1**

□ Si syndrome de libération des cytokines de grade 1 ou plus lors de la dernière dose de **talquétamab** :

 **Acétaminophène 650 mg à 1 000 mg** PO

 **DiphenhydrAMINE 50 mg** PO

 **Dexaméthasone 16 mg** PO

□ Si aucune réaction lors de la dernière dose de **talquétamab** :

🗸 **Prochlorpérazine 10 mg** PO

S’assurer d’avoir à sa disposition au moins une dose de tocilizumab au cas où un CRS surviendrait et de pouvoir administrer une dose supplémentaire 8 heures plus tard si les symptômes persistent.

# TRAITEMENT (Respecter l’ordre d’administration des médicaments) (~~raturer~~ pour exclure)

|  |
| --- |
| Jour 1⯈ Talquétamab **0,8 mg/kg** = ………… mg  Administrer SC au niveau de l’abdomen. |

# SURVEILLANCE (~~raturer~~ pour exclure)

Lors de la période de titration ou si réaction antérieure, installer une voie IV d’urgence.

Prendre les signes vitaux et faire une évaluation neurologique (incluant le score ICE) avant chaque injection de **talquétamab**.

Veuillez-vous référer au guide de prise en charge du syndrome de libération des cytokines (SLC) et du syndrome de neurotoxicités associé aux cellules immunitaires effectrices (SNCIE) du GEOQ.

# MÉDICATION ASSOCIÉE (~~raturer~~ pour exclure)

**Médication de soutien**

🗸 **Prochlorpérazine 10 mg** PO OU **Métoclopramide 10 mg** aux 4 heures si nausées.

 **Crème hydratante (sans parfum)** en application locale BID à débuter si peau sèche, prurit ou éruption légère

 **Crème d’urée 20 %** en application sur mains et/ou pieds BID PRN si callosités

 **Hydrocortisone 1 % crème :** application locale BID à débuter si rougeurs ou présence de lésions

 **Rince bouche oncologique 15 à 30 mL** en gargarisme QID et PRN à débuter si mucosite. Peut être avalé si lésions profondes.

□ **Dexaméthasone (0,1 mg/mL) 10 mL** en gargarisme QID régulier

🗸 **Triméthoprim-sulfaméthoxazole DS 160-800 mg** PO 3 fois par semaine (lundi, mercredi, vendredi) pour la durée du traitement et jusqu’à 6 mois après la fin du traitement

🗸 **ValACYclovir 500 mg** PO BID pour la durée du traitement et jusqu’à 6 mois après la fin du traitement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recommandation pour la reprise des traitements après un délai** | | |
| **Dernière dose administrée** | **Durée du délai depuis la dernière dose administrée** | **Conduite** a |
| Dose #1 de la période de titration  (0,01 mg/kg) | Plus de 7 jours | Reprendre 0,01 mg/kg |
| Dose #2 de la période de titration  (0,06 mg/kg) | 8 jours à 28 jours | Répéter 0,06 mg/kg |
| Plus de 28 jours b | Reprendre la période de titration à partir de la dose de 0,01 mg/kg |
| Dose #3 de la période de titration  (0,4 mg/kg) | 8 à 35 jours | Répéter 0,4 mg/kg |
| 36 à 56 jours | Reprendre la période de titration à partir de la dose de 0,06 mg/kg |
| Plus de 56 jours b | Reprendre la période de titration à partir de la dose de 0,01 mg/kg |
| 0,8 mg/kg | 14 à 35 jours | Répéter 0,8 mg/kg |
| 36 à 56 jours | Reprendre la période de titration à partir de la dose de 0,4 mg/kg |
| Plus de 56 jours b | Reprendre la période de titration à partir de la dose de 0,01 mg/kg |

a Administrer une prémédication avant de reprendre **talquétamab**. Après la reprise, reprendre l’administration toutes les 2 semaines en conséquence.

Nom du pharmacien communautaire N° de téléphone

Transmission : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ :\_\_\_\_\_

N° de télécopieurTélécopié par Date (aaaa/mm/jj) Heure (hh :mm)

**Médication de soutien**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Antiémétique au besoin si nausées :  □ **Prochlorpérazine (10 mg/co)**    1 co PO q 4 h PRN si nausées  OU  □ **Métoclopramide (10 mg/co)**    1 co PO q 4 h PRN si nausées | Qté : 30 | Ren : 1 an |
|  | **Crème hydratante** (sans parfum) en application locale BID à débuter si peau sèche, prurit ou éruption légère (ne pas servir d’emblée) | Qté : 450 g | Ren : 1 an |
|  | **Crème d’urée 20 %** en application sur mains et/ou pieds BID PRN si callosités (ne pas servir d’emblée) | Qté : 100 g | Ren : 1 an |
|  | **Crème d’hydrocortisone 1 %**en application locale BID à débuter si rougeurs ou présence de lésions (ne pas servir d’emblée) | Qté : 30 g | Ren : 1 an |
|  | **Rince bouche oncologique 15 à 30 mL** en gargarisme QID et PRN à débuter si mucosite. Peut être avalé si lésions profondes. (Ne pas servir d’emblée)   |  | | --- | | **Gargarisme de base**  Diphenhydramine 250 mL élixir (12,5 mg/5 mL) ou capsules (12,5 x 50 mg)  Hydrocortisone 100 mg poudre ou comprimés (10 x 10 mg ou 5 x 20 mg)  Magnésium / aluminium (hydroxyde d’) 165 mL suspension orale (200-200 mg/5 mL)  Nystatine 62 mL suspension orale (100 000 unités/mL)  Eau stérile Jusqu’à 500 mL  \*\*\*Stabilité : 14 jours au réfrigérateur\*\*\* | | Qté : 500 mL | Ren : 1 an |
|  | **Dexaméthasone (0,1 mg/mL)** 10 mL en gargarisme QID régulier | Qté : 500 mL | Ren : ………. |
|  | **Triméthoprim-sulfaméthoxazole DS (160-800 mg/co)**    1 co PO 3 fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi) pour la durée du traitement et jusqu’à 6 mois après la fin du traitement | Qté : 12 | Ren : 1 an |
|  | **ValACYclovir (500 mg/co)** 1 co PO BID pour la durée du traitement et jusqu’à 6 mois après la fin du traitement | Qté : 60 | Ren : 1 an |
|  | Autre : ………………………………………………………………………………………………. | Qté : ……… | Ren : ………. |