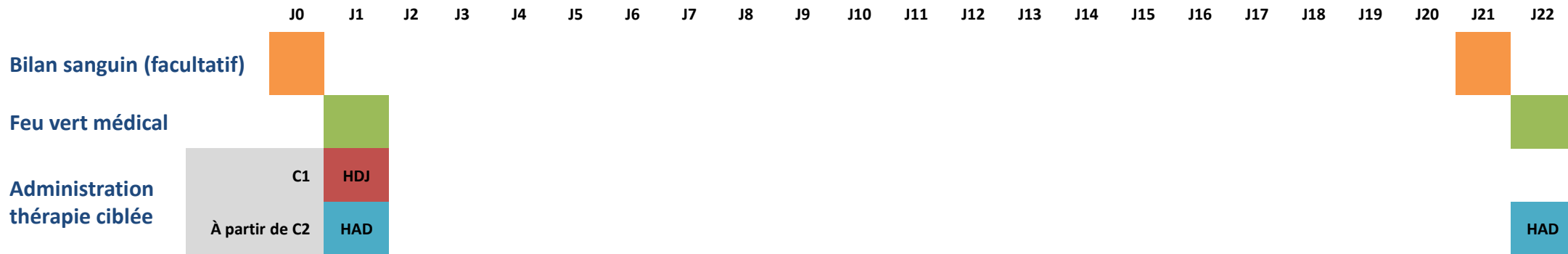


# PROTOCOLE TRASTUZUMAB-PERTUZUMAB (PHESGO®) SOUS-CUTANÉ – SÉNOLOGIE

**Indications :** *Cancer du sein HER2 positif précoce ou métastatique*



## 1. Protocole de traitement :

- Trastuzumab - Pertuzumab : 600 mg/600 mg, SC, 5 minutes. **Solution prête à l'emploi (vérifier le flaconnage : 600 mg/600 mg sous-cutané).** À conserver **entre 2 et 8°C.**
  - **Ne pas purger l'aiguille** afin de réduire l'incidence des réactions locales.
  - **Alterner le site d'injection** entre la **cuisse gauche et droite.**
  - Injections à réaliser à **au moins 2,5 cm de l'ancien site** et **jamais à des endroits où la peau est rouge, avec un bleu, sensible ou dure.**
- Nombre de cycles prévus : selon prescription de l'oncologue
- Périodicité : J1 = J22 (soit, durée d'un cycle = 21 jours)
- Jours d'administration du traitement en HAD : à **partir de C2** (dose de charge et tolérance évaluées en HDJ à C1 et lors des consultations avec l'oncologue)

## 2. Bilan sanguin :

- Le **bilan sanguin est facultatif en fonction de la situation clinique** et des **traitements associés**
- **Si nécessaire**, réalisation d'un bilan sanguin : **CnJ0**

## 3. Bilan clinique :

- Avis cardiologique avant le début du traitement (par cardiologue de ville, filière Picaro par ex.)
- **Echographie cardiaque ou fraction d'éjection isotopique : avant l'instauration du traitement puis trimestriellement**
- **ECG : avant l'instauration du traitement** puis à intervalles réguliers (généralement tous les trimestres)

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

- **Feu vert médical réalisé par : l'oncologue référent de l'établissement** pour les administrations **en HDJ**  
le **médecin praticien de l'HAD** en lien avec le **médecin traitant** – prescription sécurisée (via plateforme par ex.)

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

- Feu vert IDE : vérification de l'état clinique du patient et de la tolérance au traitement avant chaque administration en HAD
- Surveillance pendant 15 minutes après la fin de l'administration de la dose d'entretien

# Fiche validation de la thérapie ciblée PHESGO® SOUS-CUTANÉ

|             |                |              |
|-------------|----------------|--------------|
| Nom : ..... | Prénom : ..... | Date : ..... |
|-------------|----------------|--------------|

|   |                  |           |
|---|------------------|-----------|
| Protocole de thérapie ciblée : Trastuzumab - Pertuzumab (PHESGO®) – SÉNOLOGIE | Cycle n° : ..... | J : ..... |
|---|------------------|-----------|

|  |           |   |  |
|--|-----------|---|--|
| <b>État général :</b>                      |           |   |  |
| • Score OMS (à J1) :                       | 0 1 2 3 4 | <b>Performans status de l'OMS :</b><br><br>OMS 0 : activité physique intacte – efforts possibles sans limitation<br>OMS 1 : réduction des efforts physiques – autonomie complète<br>OMS 2 : personne encore autonome – se fatigue facilement – alité moins de 50 % du temps<br>OMS 3 : capacités réduites à quelques activités – alité plus de 50 % du temps<br>OMS 4 : dépendance totale – alité en permanence |  |
| • FEVG :                                   | .....     |   |  |
| • Température (°C) : (facultatif)          | .....     |   |  |
| • Tension artérielle (mmHg) : (facultatif) | .....     |   |  |
| • Poids (kg) (à J1) :                      | .....     |   |  |

|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| <b>Événements indésirables entre les cycles :</b> |  | <b>Actions :</b> |
| • 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<br><input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant moins de 24 heures <input type="checkbox"/> Température > 40°C pendant plus de 24 heures |                  |
| • Réactions locales aux points d'injection        | De type fièvre, frissons, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires :<br><input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence  |                  |

|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
| <b>Critères de non-administration de la thérapie ciblée :</b>  |  |                     |  |
| • Score OMS ≥ 2  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | • Diarrhées sévères | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| • Perte de poids ≥ 10 %  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | • Fièvre ≥ 38°C     | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| • FEVG (fraction d'éjection ventriculaire gauche) récente < 3-4 mois : diminution de ≥ 10 points ET < 50 % | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | • Autre(s) : .....  |  |

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

|  |   |                |
|--|---|----------------|
| Accord pour l'administration de la thérapie ciblée : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Commentaires : |
|--|---|----------------|

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