

## Thésaurus régional harmonisé des protocoles de chimiothérapie DIGESTIF

Ce référentiel a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels regroupant le Réseau Onco-normand (RON) et l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique de Haute-Normandie (OMÉDIT). Il fera l'objet d'une mise à jour annuelle prenant en compte les recommandations nationales de pratique clinique. Il répertorie les référentiels validés par le groupe de travail mais n'est pas exhaustif des protocoles utilisés dans les établissements de la région.

Le prescripteur se réserve le droit d'adapter la posologie et le rythme d'administration si l'état physiologique, la tolérance et/ou les traitements antérieurs reçus par le patient le justifient.

Le nombre de cycles est indiqué lorsque des données de la littérature ont été établies.

La chronologie d'administration des molécules de chimiothérapie correspond à l'ordre d'apparition des molécules dans les tableaux.

**Références:** Dossier du CNHIM Anticancéreux: utilisation pratique 6<sup>ème</sup> édition, novembre 2008, XXIX, 5-6; Vidal Hoptimal 2013; Dorosz 2013; Référentiel de bon usage (RBU) Cancer digestifs INCa mars 2012 (AMM= autorisation de mise sur le marché; PTT= protocole thérapeutique temporaire); Thésaurus de la FFCD (Fédération Française de Cancérologie Digestive).; Thésaurus National de Cancérologie Digestive; Avis d'experts régionaux et nationaux; Protocoles antiémétiques: ASCO 2006; MASCC 2007; National Comprehensive Cancer Network Clinical (NCNN) : practice Guidelines in Oncology Antiemesis 2011; J.- P. Durand, I. Madeleine, F. Scotté : Recommandations pour la prévention et le traitement des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie, Bull Cancer 2009, 96: 951-960.

## Sommaire

<a href="#">5-FU + Streptozocine ZANOSAR®</a>	<a href="#">p3</a>	<a href="#">FOLFOX 6 = LV5-FU2 simplifié + Oxaliplatine</a>	<a href="#">p28</a>
<a href="#">Bévacizumab AVASTIN® monothérapie (entretien)</a>	<a href="#">p4</a>	<a href="#">FOLFOX 7= LV5-FU2 simplifié sans bolus de 5FU + Oxaliplatine</a>	<a href="#">p29</a>
<a href="#">Capécitabine XELODA® monothérapie</a>	<a href="#">p5</a>	<a href="#">FOLFIRINOX= LV5-FU2 simplifié + Oxaliplatine + Irinotécan</a>	<a href="#">p30</a>
<a href="#">Cétuximab ERBITUX® monothérapie</a>	<a href="#">p6</a>	<a href="#">Gemcitabine monothérapie</a>	<a href="#">p31</a>
<a href="#">Cisplatine + Capécitabine XELODA® + Trastuzumab HERCEPTIN</a>	<a href="#">p7</a>	<a href="#">GEMCAP = Gemcitabine + Capécitabine XELODA®</a>	<a href="#">p32</a>
<a href="#">Cisplatine + 5-FU + Trastuzumab HERCEPTIN®</a>	<a href="#">p8</a>	<a href="#">GEMCIS = Gemcitabine + Cisplatine</a>	<a href="#">p33</a>
<a href="#">Cisplatine + 5-FU + RT</a>	<a href="#">p9</a>	<a href="#">GEMOX = Gemcitabine + Oxaliplatine</a>	<a href="#">p34</a>
<a href="#">Cisplatine + 5-FU (sans RT)</a>	<a href="#">p10</a>	<a href="#">Imatinib GLIVEC®</a>	<a href="#">p35</a>
<a href="#">Cisplatine + Etoposide</a>	<a href="#">p11</a>	<a href="#">LV5-FU2 standard = Acide folinique + 5-FU</a>	<a href="#">p36</a>
<a href="#">DCF(= TCF) = Docétaxel TAXOTERE® + Cisplatine + 5-FU</a>	<a href="#">p12</a>	<a href="#">LV5-FU2 simplifié = Acide folinique + 5-FU</a>	<a href="#">p37</a>
<a href="#">mDCF = Docétaxel TAXOTERE® + Cisplatine + 5-FU (J1-J21)</a>	<a href="#">p13</a>	<a href="#">LV5-FU2 simplifié + Cisplatine</a>	<a href="#">p38</a>
<a href="#">mDCF = Docétaxel TAXOTERE® + Cisplatine + 5-FU (J1-J14)</a>	<a href="#">p14</a>	<a href="#">LV5-FU2 simplifié + Bevacizumab AVASTIN®</a>	<a href="#">p39</a>
<a href="#">ECC = Epirubicine + Cisplatine + Capécitabine XELODA®</a>	<a href="#">p15</a>	<a href="#">Mitomycine + 5-FU (sans RT)</a>	<a href="#">p40</a>
<a href="#">ECF = Epirubicine + Cisplatine + 5-FU</a>	<a href="#">p16</a>	<a href="#">Panitumumab VECTIBIX® monothérapie</a>	<a href="#">p41</a>
<a href="#">EOX = Epirubicine + Oxaliplatine + Capécitabine XELODA®</a>	<a href="#">p17</a>	<a href="#">Raltitrexed TOMUDEX® monothérapie</a>	<a href="#">p42</a>
<a href="#">Erlotinib TARCEVA® + Gemcitabine</a>	<a href="#">p18</a>	<a href="#">Sunitinib SUTENT®</a>	<a href="#">P43</a>
<a href="#">FOLFIRI = LV5FU2 simplifié + Irinotécan</a>	<a href="#">p19</a>	<a href="#">TOMIRI = Raltitrexed TOMUDEX® + Irinotécan</a>	<a href="#">p44</a>
<a href="#">FOLFIRI + Bévacizumab AVASTIN®</a>	<a href="#">p20</a>	<a href="#">TOMOX = Raltitrexed TOMUDEX® + Oxaliplatine</a>	<a href="#">p45</a>
<a href="#">FOLFIRI + Cétuximab ERBITUX®</a>	<a href="#">p21</a>	<a href="#">XELIRI = Irinotécan + Capécitabine XELODA®</a>	<a href="#">p46</a>
<a href="#">FOLFIRI + Panitumumab VECTIBIX®</a>	<a href="#">p22</a>	<a href="#">XELIRI - Bévacizumab AVASTIN®</a>	<a href="#">p47</a>
<a href="#">FOLFOX 4 standard = LV5FU2 standard + Oxaliplatine</a>	<a href="#">p23</a>	<a href="#">XELOX= Oxaliplatine + Capécitabine XELODA®</a>	<a href="#">p48</a>
<a href="#">FOLFOX 4 simplifié = LV5FU2 simplifié + Oxaliplatine</a>	<a href="#">p24</a>	<a href="#">XELOX - Bévacizumab AVASTIN®</a>	<a href="#">p49</a>
<a href="#">FOLFOX 4 + Bevacizumab AVASTIN®</a>	<a href="#">p25</a>		
<a href="#">FOLFOX 4 + Cétuximab ERBITUX®</a>	<a href="#">p26</a>		
<a href="#">FOLFOX 4 simplifié + Panitumumab VECTIBIX®</a>	<a href="#">p27</a>		

## 5-FU + Streptozocine ZANOSAR®

**Indications :** En situation métastatique dans :

- Adénocarcinome des îlots de Langerhans pancréatiques
- Carcinome endocrine intestinal bien différencié (à sérotonine dit carcinoïde) non résecable.

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J43	Streptozocine ZANOSAR®	500mg/m <sup>2</sup> - J1 et J2 et J3 et J4 et J5	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 2h (en Y avec le 5FU)
	5-Fluoro-uracile (5FU)	400mg/m <sup>2</sup> - J1 et J2 et J3 et J4 et J5	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 2h (en Y avec le Zanosar®)

 **Streptozocine ZANOSAR®** : risque de nécrose en cas d'extravasation

**Potentiel émétisant :** Haut (Zanosar®)

**Traitement antiémétique recommandé :** Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

Bévacizumab AVASTIN® monothérapie (entretien)

**Indications :** Traitement d'entretien du cancer colorectal métastatique après 1<sup>ère</sup> ligne associant le bévacizumab à une polychimiothérapie à base de fluoropyrimidine : **Hors-AMM, prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J15 <b>OU</b>	Bévacizumab AVASTIN®	5mg/kg - J1 <b>OU</b>	100ml NaCl0.9%	IV – 1h30 à C1 1h à C2 30min à partir de C3
J1 = J22		7.5mg/kg – J1		

**Potentiel émétisant:** très faible

**Traitement antiémétique recommandé:** rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Capécitabine XELODA® monothérapie

### Indications:

- Cancer colorectal métastatique
- Traitement adjuvant du cancer du colon de stade III (stade C de Dukes) après résection *(la durée du traitement adjuvant est de 6 mois, soit 8 cycles de 3 semaines)*

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Capécitabine XELODA®	1250mg/m <sup>2</sup> matin et soir (soit 2500mg/m <sup>2</sup> /j) - J1 à J14	NC	VO

### **Capécitabine : Recommandations d'utilisation :**



- Respecter un intervalle de 12h entre les prises
- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

Cf. fiche d'information XELODA® professionnels et patients sur site de l'OMEDIT :

[http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches\\_professionnels\\_chimiotherapie\\_orale\\_444.htm](http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches_professionnels_chimiotherapie_orale_444.htm) ou du RON

**Potentiel émétisant:** faible

**Traitement antiémétique recommandé:** Phase aiguë: Corticoïde J1 (voire pas de traitement antiémétique selon avis d'experts)  
Phase retardée: rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

### Cétuximab ERBITUX® monothérapie

**Indications:** Cancer colorectal métastatique avec gène KRAS de type sauvage exprimant le récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) après échec d'un traitement à base d'oxaliplatine et d'irinotecan et en cas d'intolérance à l'irinotecan (= AMM Cétuximab monothérapie)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J8	Cétuximab ERBITUX®	J1 C1 : 400mg/m <sup>2</sup> (attaque)	250ml NaCl0.9%	IV – 2h
		J1 C >1 : 250mg/m <sup>2</sup> (entretien)		IV – 1h



**Cétuximab ERBITUX® :**

- **Prémédication indispensable lors de la 1<sup>ère</sup> perfusion et recommandée ensuite** : antihistaminique H1 et corticoïdes .
- Les **réactions cutanées** sont très fréquentes avec le cétuximab : l'utilisation prophylactique de tétracyclines par voie orale (pendant 6 à 8 semaines) et de crème à base d'hydrocortisone à 1 % en application locale avec un agent hydratant doit être envisagée.

**Potentiel émétisant:** très faible

**Traitement antiémétique recommandé:** rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

Cisplatine + Capécitabine XELODA® + Trastuzumab HERCEPTIN

**Indications:** Traitement de 1ère ligne de l'adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction oesogastrique avec surexpression tumorale HER2 (IHC3+ ou IHC2+ et FISH+) (AMM Trastuzumab)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Trastuzumab HERCEPTIN®	C1 J1 : 8mg/kg	250ml NaCl0.9%	IV – 1h30
		C >1 J1 : 6mg/kg		IV – 30 min
	Cisplatine	80mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 1h
	Capécitabine XELODA®	1000mg/m <sup>2</sup> matin et soir (soit 2000mg/m <sup>2</sup> /j) - J1 à J14	NC	VO



**Cisplatine :**

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**Capécitabine :** Recommandations d'utilisation : cf. fiche d'information XELODA® professionnels et patients sur site de l'OMEDIT :

[http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches\\_professionnels\\_chimiotherapie\\_orale\\_444.htm](http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches_professionnels_chimiotherapie_orale_444.htm) ou du RON

- Respecter un intervalle de 12h entre les prises
- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:** Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Cisplatine + 5-FU + Trastuzumab HERCEPTIN®

**Indications:** Traitement de 1ère ligne de l'adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction oesogastrique avec surexpression tumorale HER2 (IHC3+ ou IHC2+ **et** FISH+) (AMM Trastuzumab)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Trastuzumab HERCEPTIN®	C1 J1 : 8mg/kg	250ml NaCl0.9%	IV – 1h30
		C >1 J1 : 6mg/kg		IV – 30 min
	Cisplatine	80mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 1h
	5-Fluoro-uracile (5FU)	800mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J5 (soit 4000mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue (Infuseur ou pompe) 120h = J1 à J5



### **Cisplatine :**

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprepitant J1

Phase retardée: Aprepitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Cisplatine + 5-FU + RT

= Schéma "HERSKOVIC"

**Indications:** Carcinome oesophagien évolué sur le plan loco-régional

*La chimiothérapie néo-adjuvante (2 cures pré-opératoire) est une option dans le traitement des cancers de l'œsophage opérable*

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J29	Cisplatine	75mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 1h
	5-Fluoro-uracile (5FU)	1000mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J4 (soit 4000mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue (Infuseur ou pompe) 96h = J1 à J4



### Cisplatine :

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**5-FU :** Il est conseillé de ne pas dépasser 1g/m<sup>2</sup>/j de 5-FU afin de limiter la toxicité cardiaque.

**Radiothérapie :** Dose totale = 50 Gy → 5 fractions hebdomadaires de 2Gy pendant 5 semaines

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé :** Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprepitant J1

Phase retardée: Aprepitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

### Cisplatine + 5-FU (sans RT)

**Indications:** Carcinome oesophagien évolué sur le plan loco-régional , en situation métastatique, pour les patients dont l'état général est conservé

*La chimiothérapie néo-adjuvante (2 cures pré-opératoire) est une option dans le traitement des cancers de l'œsophage opérable*

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J29	Cisplatine	100mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 1h
	5-Fluoro-uracile (5FU)	1000mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J5 (soit 5000mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue (Infuseur ou pompe) 120h = J1 à J5



**Cisplatine :**

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**5-FU :** Il est conseillé de ne pas dépasser 1g/m<sup>2</sup>/j de 5-FU afin de limiter la toxicité cardiaque

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprepitant J1

Phase retardée: Aprepitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)

[Sommaire](#)

## Cisplatine + Etoposide

**Indications:** Carcinome endocrine peu différencié : **Hors-AMM, prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Cisplatine	100mg/m <sup>2</sup> - J1 <u>ou</u> J2	250ml NaCl0.9%	IV – 2h
	Etoposide	100mg/m <sup>2</sup> - J1, J2 et J3	500ml G5% NaCl0.9%	IV – 2h



### Cisplatine :

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprépitant J1

Phase retardée: Aprépitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

DCF(= TCF) = Docétaxel TAXOTERE® + Cisplatine + 5-FU

**Indications:**

- Traitement de 1ère ligne de l'adénocarcinome gastrique métastatique et de l'adénocarcinome de la jonction oesogastrique (AMM Docétaxel)
- Traitement de 1ère ligne de l'adénocarcinome métastatique de l'oesophage → **Ancien PTT dans le RBU Inca mars 2011 (Docétaxel réintégré dans les GHS au 1er mars 2012), prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Docétaxel	75mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 1h
	Cisplatine	75mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 2h
	5-Fluoro-uracile (5FU)	750mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J5 (soit 3750mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue (Infuseur ou pompe) 120h = J1 à J5

**G-CSF utilisé systématiquement en prévention primaire des neutropénies sévères**



**Cisplatine :**

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

mDCF = Docétaxel TAXOTERE® + Cisplatine + 5-FU (J1-J22)

**Indications:**

- Traitement de 1ère ligne de l'adénocarcinome gastrique métastatique et de l'adénocarcinome de la jonction œsogastrique (AMM Docétaxel)
- Traitement de 1ère ligne de l'adénocarcinome métastatique de l'œsophage → **Ancien PTT dans le RBU Inca mars 2011 (Docétaxel réintégré dans les GHS au 1er mars 2012), prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Docétaxel	30mg/m <sup>2</sup> - J1 et J8	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 1h
	Cisplatine	60mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 1h
	5-Fluoro-uracile (5FU)	200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J21 (soit 4200mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue (Infuseur ou pompe) J1 à J21

**G-CSF utilisé systématiquement en prévention primaire des neutropénies sévères**



**Cisplatine :**

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

mDCF = Docétaxel TAXOTERE® + Cisplatine + 5-FU (J1-J15)

**Indications:**

- Traitement de 1ère ligne de l'adénocarcinome gastrique métastatique et de l'adénocarcinome de la jonction oesogastrique (AMM Docétaxel)
- Traitement de 1ère ligne de l'adénocarcinome métastatique de l'oesophage → **Ancien PTT dans le RBU Inca mars 2011 (Docétaxel réintégré dans les GHS au 1er mars 2012), prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J15	Docétaxel	40mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 1h
	Acide folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 2h
	5-Fluoro-uracile (5FU) "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV -10min
	5-Fluoro-uracile (5FU)	1000mg/m <sup>2</sup> /j – de J1 à J2 (soit 2000mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue 45 h (Infuseur ou pompe) (21h à J1 à 24h à J2)
	Cisplatine	40mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 1h

-  **Cisplatine** : - Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min  
 - Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes  
 - Hydratation : cf protocole régional

**5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j à J1).

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprépitant J1

Phase retardée: Aprépitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

ECC = Epirubicine + Cisplatine + Capécitabine XELODA®

**Indications:**

- Cancer gastrique avancé en 1<sup>ère</sup> ligne, en association à une chimiothérapie à base de sel de platine (AMM Xeloda)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Epirubicine	50mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 30min
	Cisplatine	60mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 1h
	Capécitabine XELODA®	<div style="border: 1px solid red; display: inline-block; padding: 2px;">ou</div> 1000mg/m <sup>2</sup> matin et soir (soit 2000mg/m <sup>2</sup> /j) - J2 à J15 625mg/m <sup>2</sup> matin et soir (soit 1250mg/m <sup>2</sup> /j) - J2 à J21	NC	VO

**Epirubicine** : - Dose cumulative maximale d'Epirubicine = 900mg/m<sup>2</sup>



**Cisplatine** : - Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min

- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes

- Hydratation : cf protocole régional

**Capécitabine** : Recommandations d'utilisation :

- Respecter un intervalle de 12h entre les prises

- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

**Potentiel émétisant**: Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprepitant J1

Phase retardée: Aprepitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

ECF = Epirubicine + Cisplatine + 5-FU

**Indications:**

- Adénocarcinome gastrique localement avancé ou métastatique
- Traitement péri-opératoire des adénocarcinomes gastriques opérables

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Epirubicine	50mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 30min
	Cisplatine	60mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV – 1h
	5-Fluoro-uracile (5FU)	200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J21 (soit 4200mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue (Infuseur ou pompe) J1 à J21

**Epirubicine :** Dose cumulative maximale = 900mg/m<sup>2</sup>



**Cisplatine :**

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:** Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

EOX = Epirubicine + Oxaliplatine + Capécitabine XELODA®

**Indications:**

- Cancer gastrique avancé en 1<sup>ère</sup> ligne, en association à une chimiothérapie à base de sel de platine (AMM Xeloda)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Epirubicine	50mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 30min
	Oxaliplatine	130mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV – 2h
	Capécitabine XELODA®	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-right: 5px;">ou</div> <div style="margin-right: 5px;">625mg/m<sup>2</sup> matin et soir (soit 1250mg/m<sup>2</sup>/j) - J2 à J21</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-right: 5px;">ou</div> <div style="margin-right: 5px;">625mg/m<sup>2</sup> matin et soir (soit 1250mg/m<sup>2</sup>/j) - J2 à J15</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-right: 5px;">ou</div> <div>1000mg/m<sup>2</sup> matin et soir (soit 2000mg/m<sup>2</sup>/j) - J2 à J15</div> </div>	NC	VO

**Epirubicine :** Dose cumulative maximale = 900mg/m<sup>2</sup>

**Oxaliplatine :**



Incompatibilité avec les solutions électrolytiques dont NaCl 0,9%.

**Capécitabine :** Recommandations d'utilisation :

- Respecter un intervalle de 12h entre les prises
- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

**Potentiel émétisant:** moyen

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë: Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprépitant J1

Phase retardée: Aprépitant J2 J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Erlotinib TARCEVA® + Gemcitabine

**Indication :** Cancer du pancréas métastatique

**Attention :** Le Tarceva n'est pas remboursé dans cette indication.

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J31	Erlotinib TARCEVA®	100mg/j Tous les jours	NC	VO
Cycle 1 J1 = J58	Gemcitabine	1000mg/m <sup>2</sup> - J1 et J8 et J15 et J22 et J29 et J36 et J43 (soit 7 semaines /8)	100ml NaCl0.9%	IV – 30min
Cycles>1 J1-J29		1000mg/m <sup>2</sup> - J1 et J8 et J15 ( soit 3 semaines/4)		

**Erlotinib :**

- Les comprimés doivent être pris au moins 1 heure avant ou 2 heures après le repas, de préférence à la même heure, en une prise par jour.
- Eviter la consommation de pamplemousse pendant le traitement

Réactions cutanées : cf. fiche d'information TARCEVA® professionnels et patients sur site de l'OMEDIT

([http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches\\_professionnels\\_chimiotherapie\\_orale\\_444.htm](http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches_professionnels_chimiotherapie_orale_444.htm) ou du RON )

**Potentiel émétisant:** très faible

**Traitement antiémétique recommandé:** rien

[Haut du document](#)

[Sommaire](#)

FOLFIRI = LV5FU2 simplifié + Irinotécan

**Indications:**

- Cancer colorectal métastatique en 1<sup>ère</sup> ligne (*AMM Irinotécan*)
- Cancer colorectal métastatique en 2<sup>ème</sup> ligne après progression ou en cas de toxicité sous association oxaliplatine-5FU-acide folinique,  
→ **Ancien PTT dans le RBU Inca mai 2010 (Irinotécan réintégré dans les GHS au 1er mars 2011), prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration (Voie et Durée)
J1= J15	Irinotécan	180mg/m <sup>2</sup> -J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV- 1h30 (en Y avec l'acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV- 2h (en Y avec irinotécan)
	5-Fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV- 10min
	5-Fluoro-uracile (5FU)	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)

**5-FU : Attention à la toxicité cardiaque (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).**



**Irinotécan:**

- La survenue d'un syndrome cholinergique est fréquent: atropine ( 0.25 à 0.5mg en SC) en curatif ou en prophylaxie secondaire ( à administrer qu'en cas de stricte nécessité).
- Il est nécessaire de réaliser un bilan hépatique systématique avant chaque cycle.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## FOLFIRI + Bévacizumab AVASTIN®

**Indications:** Cancer colorectal métastatique, en association avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine (AMM Avastin®)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Bévacizumab AVASTIN®	5mg/kg- J1	100ml NaCl0.9%	IV - 1h30 (C1), puis 1h (C2) puis 30min (C3-n)
	Irinotécan	180mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV-1h30 (en Y avec l'acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV- 2h (en Y avec irinotécan)
	5-Fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-Fluoro-uracile (5FU)	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)

**5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).



**Irinotécan:**

- La survenue d'un syndrome cholinergique est fréquent: atropine ( 0.25 à 0.5mg en SC) en curatif ou en prophylaxie secondaire ( à administrer qu'en cas de stricte nécessité).
- Il est nécessaire de réaliser un bilan hépatique systématique avant chaque cycle.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## FOLFIRI + Cétuximab ERBITUX®

**Indications:** Cancer colorectal métastatique, après vérification de l'absence de mutation du gène K-Ras au niveau tumoral.

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Cétuximab ERBITUX®	400mg/m <sup>2</sup> -J1 C1 puis 250mg/m <sup>2</sup> -J8-C1 puis 250mg/m <sup>2</sup> -J1 et J8 aux C>1	250ml NaCl0.9%	IV-2h IV-1h IV-1h
	Irinotécan	180mg/m <sup>2</sup>	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV-1h30 (en Y avec l'acide folique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV-2h (en Y avec irinotécan)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h J1 et 24h J2)

**5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Irinotécan:** - La survenue d'un syndrome cholinergique est fréquent: atropine ( 0.25 à 0.5mg en SC) en curatif ou en prophylaxie secondaire ( à administrer qu'en cas de stricte nécessité).

- Il est nécessaire de réaliser un bilan hépatique systématique avant chaque cycle.

**Cétuximab ERBITUX® :**

- **Prémédication indispensable lors de la 1<sup>ère</sup> perfusion et recommandée ensuite :** antihistaminique H1 et corticoïdes .
- Les **réactions cutanées** sont très fréquentes avec le cétuximab : l'utilisation prophylactique de tétracyclines par voie orale (pendant 6 à 8 semaines) et de crème à base d'hydrocortisone à 1 % en application locale avec un agent hydratant doit être envisagée.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

### FOLFIRI + Panitumumab VECTIBIX®

**Indications:** Cancer colorectal métastatique en seconde ligne pour les patients qui ont reçu en première ligne un protocole de chimiothérapie à base de fluoropyrimidine (excluant l'irinotécan) , après vérification de l'absence de mutation du gène K-Ras au niveau tumoral (*AMM Vectibix®*)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Panitumumab VECTIBIX®	6mg/kg- J1	100ml NaCl0.9%	IV-1h
	Irinotécan	180mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV-1h30 (en Y avec l'acide folique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV-2h (en Y avec irinotécan)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h J1 et 24h J2)



**5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Irinotécan:** - La survenue d'un syndrome cholinergique est fréquent: atropine ( 0.25 à 0.5mg en SC) en curatif ou en prophylaxie secondaire ( à administrer qu'en cas de stricte nécessité).

- Il est nécessaire de réaliser un bilan hépatique systématique avant chaque cycle.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

FOLFOX4 standard = LV5FU2 standard + oxaliplatine

**Indications:**

- Cancer colorectal métastatique
- Traitement adjuvant des cancers colorectaux de stade III et éventuellement de stade II à haut risque de récurrence (*hors AMM, après évaluation de la balance bénéfice/risque : prescription à justifier*)
- Traitement des cancers gastriques avancés ou métastatiques en 1<sup>ère</sup> ligne : → **Ancien PTT dans le RBU Inca mai 2009 (Oxaliplatine réintégré dans les GHS au 1er mars 2010), prescription à justifier**



**En pratique, privilégier le FOLFOX4 simplifié**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Oxaliplatine	85mg/m <sup>2</sup> -J1	250ml G5%	IV - 2h (en Y avec acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	200mg/m <sup>2</sup> - J1et J2 100mg/m <sup>2</sup> - J1 et J2	250ml G5% ou NaCl	IV – 2h (en Y avec oxaliplatine)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1 et J2	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	600mg/m <sup>2</sup> /j – de J1 à J2 (soit 1200mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 22h (infuseur ou pompe)*

\* en pratique, possibilité de mise en place à J1 d'une infusion IV continue de 1200 mg/m<sup>2</sup> de 5-fluoro-uracile avec interruption de l'infusion de H24 à H26, pour administration de l'acide folinique et du deuxième « bolus » de 5-fluoro-uracile.



**5-FU** : Il est conseillé de ne pas dépasser 1g/m<sup>2</sup>/j de 5-FU afin de limiter la toxicité cardiaque.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

FOLFOX 4 simplifié = LV5FU2 simplifié + oxaliplatine

**Indications:**

- Cancer colorectal métastatique
- Traitement adjuvant des cancers colorectaux de stade III et éventuellement de stade II à haut risque de récurrence (*hors AMM, après évaluation de la balance bénéfique/risque : prescription à justifier*)
- Traitement des cancers gastriques avancés ou métastatiques en 1<sup>ère</sup> ligne : → **Ancien PTT dans le RBU Inca mai 2009 (Oxaliplatine réintégré dans les GHS au 1er mars 2010), prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Oxaliplatine	85mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV - 2h (en Y avec acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 2h (en Y avec oxaliplatine)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)

 **5-FU : Attention à la toxicité cardiaque (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).**

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## FOLFOX4 simplifié + Bevacizumab AVASTIN®

**Indications:** Cancer colorectal métastatique, en association avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine (AMM Avastin®)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Bévacizumab AVASTIN®	5mg/kg- J1	100ml NaCl0.9%	IV- 1h30 C1 puis 1h C2 puis 30min C3-n
	Oxaliplatine	85mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV- 2h (en Y avec acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 2h (en Y avec oxaliplatine)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)

 **5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

### FOLFOX 4 simplifié + Cetuximab ERBITUX®

**Indications:** Cancer colorectal métastatique, après vérification de l'absence de mutation du gène K-Ras au niveau tumoral.

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Cétuximab ERBITUX®	400mg/m <sup>2</sup> -J1, C1 ( <i>dose de charge</i> ) 250mg/m <sup>2</sup> -J8 C1, C>( <i>dose d'entretien</i> )	250ml NaCl	IV-2h C1  IV-1h cycles suivants
	<u>Oxaliplatine</u>	85mg/m <sup>2</sup> -J1	250ml G5%	IV- 2h (en Y avec acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl	IV- 2h (en Y avec oxaliplatine)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)

**5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).



**Cétuximab ERBITUX® :**

- **Prémédication indispensable lors de la 1<sup>ère</sup> perfusion et recommandée ensuite :** antihistaminique H1 et corticoïdes .
- Les **réactions cutanées** sont très fréquentes avec le cétuximab : l'utilisation prophylactique de tétracyclines par voie orale (pendant 6 à 8 semaines) et de crème à base d'hydrocortisone à 1 % en application locale avec un agent hydratant doit être envisagée.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

FOLFOX 4 simplifié + Panitumumab VECTIBIX®

**Indications:** Traitement de 1 ère ligne du cancer colorectal métastatique, après vérification de l'absence de mutation du gène K-Ras au niveau tumoral (AMM Vectibix®)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Panitumumab VECTIBIX®	6mg/kg- J1	100ml NaCl0.9%	IV-1h
	Oxaliplatine	85mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV - 2h (en Y avec acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 2h (en Y avec oxaliplatine)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)

 **5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

FOLFOX 6 = LV5-FU2 simplifié + Oxaliplatine

**Indications:** Cancer colorectal métastatique

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (voie et durée)
J1=J15	Oxaliplatine	100mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV- 2h (en Y avec l'acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV- 2h (en Y avec l'oxaliplatine)
	5-Fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-Fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)



**Oxaliplatine** : Concentration finale de la solution comprise entre 0,2mg/ml et 0,7mg/ml

**5-FU** : Attention à la toxicité cardiaque (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

FOLFOX 7: LV5-FU2 simplifié sans bolus de 5FU+ oxaliplatine

**Indications:** Cancer colorectal métastatique

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Oxaliplatine	130mg/m <sup>2</sup> -J1	250ml G5%	IV- 2h (en Y avec acide folinique)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV- 2h (en Y avec oxaliplatine)
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)



**5-FU : Attention à la toxicité cardiaque (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).**

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

FOLFIRINOX: LV5-FU2 simplifié+ Oxaliplatine+ Irinotécan

**Indications:** Cancer colorectal métastatique, en traitement de première ligne : **ancien PTT dans le RBU Inca de mars 2010 – A justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Irinotécan	180mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl	IV- 1h30 (en Y avec avec folinique et oxaliplatine)
	<u>Oxaliplatine</u>	85mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV- 2h (en Y avec avec folinique et irinotécan)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1 200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl	IV- 2h (en Y avec irinotécan et oxaliplatine)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)

**Utilisation de G-CSF recommandée** (selon avis d'experts).

 **5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Irinotécan:** - La survenue d'un syndrome cholinergique est fréquent: atropine ( 0.25 à 0.5mg en SC) en curatif ou en prophylaxie secondaire ( à administrer qu'en cas de stricte nécessité).

- Il est nécessaire de réaliser un bilan hépatique systématique avant chaque cycle.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Gemcitabine monothérapie

### Indications:

- Adénocarcinome du pancréas localement avancé ou métastatique (*AMM Gemcitabine*)
- Cancer des voies biliaires avancé et/ou métastatique → **Ancien PTT dans le RBU Inca juillet 2010 (Gemcitabine réintégré dans les GHS au 1er mars 2011), prescription à justifier**
- Cancer du pancréas : traitement adjuvant. → **Ancien PTT dans le RBU Inca juillet 2010 (Gemcitabine réintégré dans les GHS au 1er mars 2011), prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
Cycle 1 J1 = J58	Gemcitabine	1000mg/m <sup>2</sup> - J1 et J8 et J15 et J22 et J29 et J36 et J43 (soit 7 semaines /8)	100ml NaCl0.9%	IV – 30min
Cycles>1 J1-J29		1000mg/m <sup>2</sup> - J1 et J8 et J15 ( soit 3 semaines/4)		

**Potentiel émétisant:** faible

**Traitement antiémétique recommandé:** Phase aiguë: Corticoïde J1 (voire pas de traitement antiémétique selon avis d'experts)  
Phase retardée: rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

GEMCAP = Gemcitabine + Capécitabine XELODA®

**Indications:**

- Hors AMM, prescription à justifier

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J28	Gemcitabine	1000mg/m <sup>2</sup> - J1 et J8 et J15	100ml NaCl 0.9%	IV – 30min
	Capécitabine XELODA®	800mg/m <sup>2</sup> matin et soir J1 à J21 (soit 1600mg/m <sup>2</sup> /j)	NC	VO

**En pratique, J15 souvent supprimé (myélotoxicité)**



**Capécitabine** : Recommandations d'utilisation :

- Respecter un intervalle de 12h entre les prises
- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

**Potentiel émétisant:** faible

**Traitement antiémétique recommandé:** Phase aiguë: Corticoïde J1 (voire pas de traitement antiémétique selon avis d'experts)  
Phase retardée: rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

GEMCIS = Gemcitabine + Cisplatine

**Indications:**

- Cancer des voies biliaires avancé et/ou métastatique → **Ancien PTT dans le RBU Inca juillet 2010 (Gemcitabine réintégré dans les GHS au 1er mars 2011), prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J21	Cisplatine	25mg/m <sup>2</sup> - J1 et J8	250ml NaCl0.9%	IV – 1h
	Gemcitabine	1000mg/m <sup>2</sup> - J1 et J8	100ml NaCl0.9%	IV – 30min



**Cisplatine :**

- Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min
- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes
- Hydratation : cf protocole régional

**Potentiel émétisant:** Haut (cisplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë : Sétron J1 + Corticoïde J1 + Aprepitant J1

Phase retardée: Aprepitant J2 J3 + Corticoïdes J2 à J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

GEMOX = Gemcitabine + Oxaliplatine

**Indications:**

- Cancer des voies biliaires avancé et/ou métastatique → **Ancien PTT dans le RBU Inca juillet 2010 (Gemcitabine réintégré dans les GHS au 1er mars 2011), prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J15	Gemcitabine	1000 mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml NaCl 0.9%	IV – 30min
	Oxaliplatine	100 mg/m <sup>2</sup> - J2	250ml G5%	IV – 2h



**Oxaliplatine :**

Incompatibilité avec les solutions électrolytiques dont NaCl 0,9%.

**Potentiel émétisant:** moyen (oxaliplatine)

**Traitement antiémétique recommandé:**

Phase aiguë: Sétron J2 + Corticoïde J2 + Aprépitant J2

Phase retardée: Aprépitant J3 J4

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Imatinib GLIVEC®

**Indication :** Traitement des patients adultes atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST - gastrointestinal stromal tumours) malignes Kit (CD 117) positives non résecables et/ou métastatiques.

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J31	Imatinib GLIVEC®	400mg/j Tous les jours	NC	VO

**Imatinib :**

- Les comprimés doivent être pris au cours des repas, de préférence à la même heure, en une prise par jour.
- Eviter la consommation de pamplemousse pendant le traitement

Réactions cutanées : cf. fiche d'information GLIVEC® professionnels et patients sur site de l'OMEDIT

([http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches\\_professionnels\\_chimiotherapie\\_orale\\_444.htm](http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches_professionnels_chimiotherapie_orale_444.htm) ou du RON )

**Potentiel émétisant:** très faible

**Traitement antiémétique recommandé:** rien

[Haut du document](#)

[Sommaire](#)

## LV5-FU2 standard ( Acide folinique + 5 fluoro-uracile )

### **Indications:**

- Cancer colorectal métastatique;
- Traitement adjuvant des cancers colorectaux de stade III (*alternative à une chimiothérapie de type FOLFOX4, en particulier chez les patients n'acceptant la probabilité d'une toxicité majorée liée à l'administration de l'oxaliplatine*) et éventuellement de stade II à haut risque (*après évaluation de la balance bénéfique/risque*)
- Traitement adjuvant des cancers pancréatiques;



**En pratique, privilégier le LV5-FU2 simplifié**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou Dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Acide folinique ou Acide L-folinique	200mg/m <sup>2</sup> - J1 et J2  100g/m <sup>2</sup> - J1 et J2	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 2h
	5-Fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1 et J2	100 ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 10min
	5-Fluoro-uracile "infusionnel"	600mg/m <sup>2</sup> - J1et J2 (soit 1200mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue-22h (infuseur ou pompe)*

\* en pratique, possibilité de mise en place à J1 d'une infusion IV continue de 1200 mg/m<sup>2</sup> de 5-fluoro-uracile avec interruption de l'infusion de H24 à H26, pour administration de l'acide folinique et du deuxième « bolus » de 5-fluoro-uracile.



**5-FU** : Il est conseillé de ne pas dépasser 1g/m<sup>2</sup>/j de 5-FU afin de limiter la toxicité cardiaque.

**Potentiel émétisant:** faible

**Traitement antiémétique recommandé:** Phase aiguë: Corticoïde J1 / Phase retardée: rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

LV5-FU2 simplifié ( Acide folinique + 5-Fluoro-uracile)

**Indications:**

- Cancer colorectal métastatique
- Traitement adjuvant des cancers colorectaux de stade III (*alternative à une chimiothérapie de type FOLFOX4, en particulier chez les patients n'acceptant la probabilité d'une toxicité majorée liée à l'administration de l'oxaliplatine*) et éventuellement de stade II à haut risque (*après évaluation de la balance bénéfice/risque*)
- Traitement adjuvant des cancers pancréatiques

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (voie et durée)
J1=J15	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 2h
	5-Fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100 ml G5% ou NaCl0.9%	IV - 10min
	5-Fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h J1 et 24h J2)

 **5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Potentiel émétisant:** faible

**Traitement antiémétique recommandé:** Phase aiguë: Corticoïde J1 / Phase retardée: rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## LV5-FU2 simplifié + cisplatine

### Indications:

- Adénocarcinomes gastriques localement évolués ou métastatiques
- Cholangiocarcinomes localement évolués ou métastatiques
- Cancers de l'oesophage et du canal anal (*alternative possible aux autres modalités d'administration de l'association 5-Fluorouracile-Cisplatine*)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (voie et durée)
J1=J15	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9% ou G5%	IV- 2h, contemporaine de la "pré-hydratation"
	Cisplatine	50mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml NaCl0.9%	IV de 1h suivie de la "post-hydratation"
	5-Fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-Fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h J1 et 24h J2)

**Cisplatine:** - Pas de cisplatine si Clairance créatinine < 60 mL/min

- Dose cumulative maximale : 600 à 1000mg/m<sup>2</sup> → Ne dépasser cette dose cumulative qu'après s'être assuré que les fonctions rénales et auditives sont correctes

- Hydratation : cf protocole régional

**5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Potentiel émétisant:** haut

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1

Phase retardée: Corticoïdes J2, J3, J4 + Aprépitant J2, J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

LV5-FU2 simplifié + Bevacizumab AVASTIN®

**Indications:** Cancer colorectal métastatique, en association avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine (AMM AVASTIN)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J15	Bévacizumab AVASTIN®	5mg/kg-J1	100ml NaCl0.9%	IV -1h30 (C1), puis 1h (C2) puis 30min (C3-n)
	Acide folinique ou Acide L-folinique	400mg/m <sup>2</sup> - J1  200mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV-2h (en Y avec irinotécan)
	5-fluoro-uracile "bolus"	400mg/m <sup>2</sup> - J1	100ml G5% ou NaCl0.9%	IV-10min
	5-fluoro-uracile	1200mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J2 (soit 2400mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue de 46h (infuseur ou pompe) (22h à J1 et 24h à J2)

 **5-FU : Attention à la toxicité cardiaque** (dose > 1g/m<sup>2</sup>/j).

**Potentiel émétisant:** faible

**Traitement antiémétique recommandé:** Phase aiguë: Corticoïde J1 / Phase retardée: rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Mitomycine + 5-FU (sans RT)

### Indications:

- Carcinome du canal anal métastatique (FFCD)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J29	Mitomycine C	12mg/m <sup>2</sup> - J1	25 ml de solvant pour 1 flacon de 10mg 50 ml de solvant pour 1 flacon de 20mg Solvant : eau PPI ou G5% ou NaCl0.9%	IV – bolus
	5-Fluoro-uracile (5FU)	1000mg/m <sup>2</sup> /j de J1 à J4 (soit 4000mg/m <sup>2</sup> )	G5% ou NaCl0.9%	IV continue (Infuseur ou pompe) 96h = J1 à J4

 **5-FU** : Il est conseillé de ne pas dépasser 1g/m<sup>2</sup>/j de 5-FU afin de limiter la toxicité cardiaque.

**Mitomycine** : Concentration obtenue : 0.4 mg/ml, ne pas utiliser de poche plastique.

Il est préférable de ne pas dépasser une dose totale de 80mg/m<sup>2</sup>.

**Potentiel émétisant**: faible

**Traitement antiémétique recommandé**: Phase aiguë: Corticoïde J1 (voire pas de traitement antiémétique selon avis d'experts)  
Phase retardée: rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

Panitumumab VECTIBIX® monothérapie

- **Indications:** Cancer colorectal métastatique exprimant le gène KRAS non muté (type sauvage) après échec des protocoles de chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, oxaliplatine et irinotécan. (= AMM Panitumumab monothérapie)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J15	Panitumumab VECTIBIX®	6mg/kg – J1	100ml NaCl0.9%	IV -1h



**Panitumumab** : Toxicité cutanée

**Potentiel émétisant:** très faible

**Traitement antiémétique recommandé:** rien

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Raltitrexed TOMUDEX® monothérapie

### **Indications:**

- Traitement de la progression métastatique des cancers colorectaux chez des malades n'ayant pas reçu de fluoropyrimidine dans cette situation (*AMM Raltitrexed*)
- Traitement de la progression métastatique des cancers colorectaux chez des malades ayant une contre-indication ou une intolérance aux fluoropyrimidines. → **PTT dans le RBU Inca mars 2012**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Raltitrexed TOMUDEX®	3mg/m <sup>2</sup> - J1	50ml G5% ou NaCl0.9	IV- 15min

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

## Sunitinib SUTENT®

### **Indication :**

- Traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) malignes non résecables et/ou métastatiques chez l'adulte, après échec d'un traitement par le mésilate d'imatinib dû à une résistance ou à une intolérance.
- Traitement des tumeurs neuroendocrines du pancréas (pNET) non résecables ou métastatiques, bien différenciées, avec progression de la maladie, chez l'adulte.

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J42	Sunitinib SUTENT® <b>GIST</b>	50mg/j – J1 à J28	NC	VO
J1=J31	Sunitinib SUTENT® <b>pNET</b>	37.5mg/j Tous les jours		

### **Sunitinib :**

- Eviter la consommation de pamplemousse pendant le traitement

Réactions cutanées : cf. fiche d'information SUTENT® professionnels et patients sur site de l'OMEDIT ([http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches\\_professionnels\\_chimiotherapie\\_orale\\_444.htm](http://www.omedit-hautenormandie.fr/fiches_professionnels_chimiotherapie_orale_444.htm) ou du RON )

**Potentiel émétisant:** très faible

**Traitement antiémétique recommandé:** rien

[Haut du document](#)

[Sommaire](#)

TOMIRI = Raltitrexed TOMUDEX® + Irinotécan

**Indications:**

- Traitement de la progression métastatique des cancers colorectaux chez des malades n'ayant pas reçu de fluoropyrimidine dans cette situation (*AMM Raltitrexed*)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J15	Raltitrexed TOMUDEX®	2.5 mg/m <sup>2</sup> - J1	50ml G5% ou NaCl0.9	IV- 15min
	Irinotécan	180 mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV – 1h30



**Irinotécan:**

- La survenue d'un syndrome cholinergique est fréquent: atropine ( 0.25 à 0.5mg en SC) en curatif ou en prophylaxie secondaire ( à administrer qu'en cas de stricte nécessité).
- Il est nécessaire de réaliser un bilan hépatique systématique avant chaque cycle.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

TOMOX = Raltitrexed TOMUDEX® + Oxaliplatine

**Indications:**

- Traitement de la progression métastatique des cancers colorectaux chez des malades n'ayant pas reçu de fluoropyrimidine dans cette situation (*AMM Raltitrexed*)
- Traitement de la progression métastatique des cancers colorectaux chez des malades ayant une contre-indication ou une intolérance aux fluoropyrimidines. → **PTT dans le RBU Inca mars 2012**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et/ou Dilution	Administration (Voie et Durée)
J1 = J22	Raltitrexed TOMUDEX®	3 mg/m <sup>2</sup> - J1	50ml G5% ou NaCl0.9	IV- 15min
	Oxaliplatine	130 mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV – 2h

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

[XELIRI: Irinotécan + Capécitabine XELODA®](#)

**Indications:** Cancer colorectal métastatique première ligne (AMM Irinotecan)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J22	Irinotécan	240mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV- 1h30
	Capécitabine XELODA®	1000mg/m <sup>2</sup> matin et soir (soit 2000mg/m <sup>2</sup> /j) de J2 à J15 inclus	NC	VO



**Irinotécan:**

- La survenue d'un syndrome cholinergique est fréquent: atropine (0.25 à 0.5mg en SC) en curatif ou en prophylaxie secondaire ( à administrer qu'en cas de stricte nécessité).
- Il est nécessaire de réaliser un bilan hépatique systématique avant chaque cycle.

**Capécitabine :** Recommandations d'utilisation :

- Respecter un intervalle de 12h entre les prises
- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprepitant J1  
Phase retardée: Aprepitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

XELIRI – AVASTIN : Irinotécan + Capécitabine + Bévacizumab

**Indications:** Cancer colorectal métastatique en première ligne (AMM Irinotecan)

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J22	Bévacizumab AVASTIN®	7.5mg/kg- J1	100ml NaCl0.9%	IV- 1h30 C1 puis 1h C2 puis 30min C3-n
	Irinotécan	240mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5% ou NaCl0.9%	IV- 1h30
	Capécitabine XELODA®	1000mg/m <sup>2</sup> matin et soir (soit 2000mg/m <sup>2</sup> /j) de J2 à J15 inclus	NC	VO



**Irinotécan:**

- La survenue d'un syndrome cholinergique est fréquent: atropine (0.25 à 0.5mg en SC) en curatif ou en prophylaxie secondaire ( à administrer qu'en cas de stricte nécessité).
- Il est nécessaire de réaliser un bilan hépatique systématique avant chaque cycle.

**Capécitabine :** Recommandations d'utilisation :

- Respecter un intervalle de 12h entre les prises
- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

XELOX: Oxaliplatine + Capécitabine XELODA®

**Indications:** Cancer colorectal métastatique

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J22	Oxaliplatine	130mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV-2h
	Capécitabine XELODA®	1000mg/m <sup>2</sup> matin et soir (soit 2000mg/m <sup>2</sup> /j) J2 à J15 inclus	NC	Per os

Pas de traitement de J16 à J21.

**Capécitabine :** Recommandations d'utilisation :

- Respecter un intervalle de 12h entre les prises
- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

 **A ajouter :** Gluconate de calcium 10% et Sulfate de magnésium 10% : 1 g de chaque à J1 avant et après l'oxaliplatine, dans 100ml de G5% ou NaCl0.9%.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1

Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)

XELOX – AVASTIN® : Oxaliplatine + Capécitabine XELODA® + Bévacicumab AVASTIN®

**Indications:** Cancer colorectal métastatique : **hors AMM : prescription à justifier**

Périodicité	Molécules	Posologie	Reconstitution et /ou dilution	Administration ( Voie et Durée)
J1=J22	Bévacicumab AVASTIN®	7.5mg/kg- J1	100ml NaCl0.9%	IV- 1h30 C1 puis 1h C2 puis 30min C3-n
	Oxaliplatine	130mg/m <sup>2</sup> - J1	250ml G5%	IV-2h
	Capécitabine XELODA®	1000mg/m <sup>2</sup> matin et soir (soit 2000mg/m <sup>2</sup> /j) J2 à J15 inclus	NC	VO

Pas de traitement de J16 à J21.

**Capécitabine :** Recommandations d'utilisation :

- Respecter un intervalle de 12h entre les prises
- Prendre au cours d'un repas ou dans les 30min suivant la prise alimentaire

 **A ajouter :** Gluconate de calcium 10% et Sulfate de magnésium 10% : 1 g de chaque à J1 avant et après l'oxaliplatine, dans 100ml de G5% ou NaCl0.9%.

**Potentiel émétisant:** moyen

**Recommandations anti-émétiques:** Phase aiguë: Sétron J1+ Corticoïdes J1+ Aprépitant J1  
Phase retardée: Aprépitant J2 et J3

[Haut du document](#)  
[Sommaire](#)