

Datum: \_\_\_\_\_

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: \_\_\_\_\_

Kur nr: \_\_\_\_\_

Beställande enhet, sjukhus, tel. &amp; fax, kundnr

Längd (cm): \_\_\_\_\_

Vikt (kg): \_\_\_\_\_

Yta (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Aktuellt GFR: \_\_\_\_\_

Antitumoral regim - Matstrups- och  
magsäckscancer

RegimID: NRB-13745

**Zolbetuximab-CAPOX kur 1** (laddningsdos, zolbetuximab  
800mg/m<sup>2</sup>)

Kurintervall: 21 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Ny kur dag 22
Zolbetuximab Intravenös infusion 800 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Oxaliplatin Intravenös infusion 130 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1																					
Kapcitabin Peroral tablett 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)	x1														x1							
Kapcitabin Peroral tablett 1000 mg/m <sup>2</sup> (kroppsyta)		x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2								

Högemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. \_\_\_\_\_

**Villkor och kontroller för administration**

Sjuksköterskekontakt efter en vecka första kuren (obs biverkningar kapecitabin), därefter kontakt enligt individuell bedömning och lokal rutin.

Zolbetuximab administreras alltid före kemoterapi.

*Observera!* Om infusionstiden för zolbetuximab överskrider den rekommenderade förvaringstiden vid rumstemperatur (se basfakta zolbetuximab) måste behandlingen avbrytas och infusionspåsen kasseras. För att fortsätta behandlingen måste därefter en ny infusionspåse beredas.

**Akutberedskap för infusionsrelaterad reaktion inklusive anafylaxi (IRR):**

*Zolbetuximab* - Om patienten reagerat med IRR (grad <3) i samband med zolbetuximab ge premedicinering med antihistamin före nästa kur, exempelvis desloratadin 5 -10mg minst 60 min innan start. Vid IRR grad 3 eller 4 skall zolbetuximab avslutas permanent.

Zolbetuximab ska inte ges vid illamående av måttlig till svår grad (>/= grad 2) före start av infusionen. Graden av illamående och kräkningar förväntas avta vid påföljande behandlingstillfällen efter laddningsdosen.

*Oxaliplatin* - IRR risk ökad efter flera kurer och vid återstart efter längre uppehåll (månader/år). Om första kuren gått bra kan man prova att ge Oxaliplatin på 1 timme. För premedicinering se Anvisningar för ordination.

**Handläggning i samband med behandling med zolbetuximab laddningsdos 800mg/m<sup>2</sup> (kur 1) (referens Klempner et al fig.2):**

Se länk: [https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/regimbiblioteket/dokument/zolbetuximab/zolbetuximab-infusionshastighet-800\\_260126.pdf](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/regimbiblioteket/dokument/zolbetuximab/zolbetuximab-infusionshastighet-800_260126.pdf) .

1. Starta infusionen med hastigheten 75 mg/m<sup>2</sup>/timme under den första timmen.
2. Om inga biverkningar uppstått efter ca 60 minuter kan infusionshastigheten därefter ökas *gradvis*.
3. Öka *gradvis* hastigheten till lägsta målnivå 150 mg/m<sup>2</sup>/timme och öka sedan *gradvis* upp till max 300 mg/m<sup>2</sup>/timme (om patienten tål det).
4. Fortsätt infusionen i den mån biverkningarna tolereras, se hantering av illamående nedan och tabell 2 i <https://fass.se/health/product/20230622000070/smpc>.
5. Dokumentera lägsta tolererade infusionshastighet som referens inför nästa behandling.

**Hantering av illamående under infusion med zolbetuximab laddningsdos (kur 1):**

- *Vid illamående utan kräkning* - Om illamående uppstår första timmen, pausa infusionen i 30-60 min, återuppta sedan med samma hastighet om illamående avtar under paus. Om illamående uppstår efter första infusionstimmen är *ett alternativ* att i stället för att stanna infusionen halvera infusionshastigheten. Vid behov, halvera hastigheten stegvis för att minska illamåendet. Vid stabil förbättring och om patienten är symtomfri i minst 30-60 min kan infusionstakten på försök ånyo *gradvis* ökas till målnivå.
- *Vid kräkning* - Pausa infusionen i 30-60 min och överväg tillägg med extra i.v. vätska/hydrering (särskilt vid upprepade kräkningar) och /eller "räddningsdos" antiemetika av en klass som inte givits innan behandlingen (t ex metoklopramid, olanzapin, lorazepam). När illamående/kräkning avtar, återuppta behandlingen med halverad infusionshastighet jämfört med senaste. Vid behov halvera hastigheten stegvis för att minska illamåendet. Vid stabil förbättring och om patienten är symtomfri minst 30-60 minuter kan infusionstakten på försök ånyo *gradvis* ökas till målnivå.

*Observera!* Om infusionstiden överskrider den rekommenderade förvaringstiden vid rumstemperatur (se basfakta zolbetuximab) måste behandlingen avbrytas och infusionspåsen kasseras. För att fortsätta behandlingen måste därefter en ny infusionspåse beredas.

Kapecitabin Peroral tablett

Dosering i förhållande till måltid: Tas inom en halv timme efter måltid

**Anvisningar för ordination**

Blodstatus inkl. neutrofila eller provtagning enligt lokal rutin. Kontroll av vikt och s-albumin rekommenderas under behandlingen.

Villkor inför zolbetuximab-CAPOX: Neutrofila  $\geq 1,5$  och TPK  $\geq 75$ .

*Zolbetuximab* - För patienter med kvarvarande magsäck överväg sätta in protonpumpshämmande läkemedel minst 3-7 dagar innan start av kur 1 (laddningsdos) för slemhinneskydd (kan förebygga och minska illamående enligt klinisk erfarenhet).

*Oxaliplatin* - kontroll av neuropati. Akut neuropati, svåra symptom - förläng infusionstiden till 4-6 timmar.

*Kapcitabin* - kontroll av hand-fotsyndrom och GI-biverkningar.

Premedicinering oxaliplatin (risk för infusionsrelaterad reaktion, IRR):

*Oxaliplatin* - Premedicinering minskar IRR risk och allvarlighetsgrad. Ge 6-8 mg Betapred minst 60 min före oxaliplatin-infusion från kur 1, tillägg av antihistamin kan övervägas enl lokal rutin.

Om antiemetika givits med minst 8 mg betapred innan zolbetuximabinfusion behöver betapred inte upprepas innan start av CAPOX samma dag.

**Observera!** IRR risk ökad efter flera kurer och vid återstart oxaliplatin efter längre uppehåll (månader/år): Ca 3 mån efter oxaliplatinstart, eller vid återintroduktion oxaliplatin - ge fortsättningsvis utökad premedicinering: tabl/inj Betapred 16 mg + antihistamin (tabl Desloratadin 5-10 mg / Cetirizin 10 mg) innan start av oxaliplatin.

När CAPOX behandlingen startar samma dag som zolbetuximab - dela förslagsvis upp den utökade premedicineringen (kortisondosen): betapred 8mg som antiemetika inför zolbetuximab + betapred 8mg ca 60 min före start av oxaliplatin.

Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering och i antiemetikaregim) välj den högsta av de olika doserna.

**Dosjustering rekommendation**

*Zolbetuximab* - Ingen dosminskning rekommenderas. Biverkningar av zolbetuximab hanteras genom minskad infusionshastighet, avbruten infusion och/eller utsättning

*Kapcitabin* -gastrointestinala biverkningar och/eller hand-fotsyndrom: se FASS för dosreduktion.

*Oxaliplatin* - Övergående parestesier och köldkänsla: full dos Oxaliplatin

Kvarstående lätta parestesier: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Parestesier med smärta, högst 7 dagar: ge 25% lägre Oxaliplatindos

Övergående neurologisk funktionsstörning: ge 50 % lägre Oxaliplatindos

Kvarstående parestesier med smärta och /eller funktionsstörning: avsluta Oxaliplatin

**Antiemetika**

Förslag enligt stöddokument::

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-1d/>. Om CAPOX behandlingen fördröjs och inte hinner startas samma dag som zolbetuximab utan istället planeras dag 2 - ge antiemetika

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-7-2d/> (med 8 mg betapred dag 2). Ge eventuellt högre dos betapred för att minska IRR risk vid oxaliplatinbehandlingen, se "anvisningar för ordination".

**DAG 1** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |  |           |  |  |  |
|---|--|-----------|--|--|--|
| 1. 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml<br><i>Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet</i>  |  |           |  |  |  |
| 2. Tablett/Injektion Antiemetika<br>_____<br>_____  |  |           |  |  |  |
| 3. <b>Zolbetuximab</b> _____ <b>mg</b><br>Ges intravenöst under 4 tim.<br><i>(Infusionshastigheten och därmed infusionstid för zolbetuximab regleras enligt särskilda instruktioner.)</i> |  | 4 tim.    |  |  |  |
| 4. Tablett/Injektion Antiemetika<br><i>(Vid behov, ge ytterligare antiemetika/premedicinering före start av oxaliplatin. Se anvisningar i regimtexten.)</i><br>_____<br>_____             |  |           |  |  |  |
| 5. <b>Oxaliplatin</b> _____ <b>mg</b><br>i 500 ml Glukos 50 mg/ml<br>Ges intravenöst under 2 tim.   |  | 2 tim.    |  |  |  |
| 6. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt  |  | Kvällsdos |  |  |  |

**DAG 2** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |           |  |  |  |
|--|--|-----------|--|--|--|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  |  |  |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Kvällsdos |  |  |  |

**DAG 3** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |           |  |  |  |
|--|--|-----------|--|--|--|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  |  |  |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Kvällsdos |  |  |  |

**DAG 4** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |  |  |           |  |  |  |
|--|--|-----------|--|--|--|
| 1. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Morgondos |  |  |  |
| 2. <b>Kapcitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt |  | Kvällsdos |  |  |  |

**DAG 5** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 6** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 7** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 8** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 9** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 10** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 11** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 12** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 13** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 14** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
| 2. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Kvällsdos | _____ | _____ |

**DAG 15** Datum \_\_\_\_\_ Beställs till kl \_\_\_\_\_ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

- |   |           |       |       |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. <b>Kapecitabin</b> _____ <b>mg</b><br>Ges peroralt | Morgondos | _____ | _____ |
|---|-----------|-------|-------|