

Datum: _____

Patientdata (namn och personnr)

Läkare: _____

Kur nr: _____

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Yta (m²): _____

Aktuellt GFR: _____

Antitumoral regim - Tjock- och
ändtarmscancer

RegimID: NRB-15296

Cetux-Enko-FOLFIRI (Enkorafenib kont. +
Cetuximab-FOLFIRI)

Kurintervall: 14 dagar

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ny kur dag 15
Cetuximab Intravenös infusion 500 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Irinotekan Intravenös infusion 180 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Kalciumfolinat (vattenfritt) Intravenös infusion 400 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Fluorouracil Intravenös injektion 400 mg/m ² (kroppsyta)	x1														
Fluorouracil Bärbar infusionspump Intravenös infusion 2400 mg/m ² (kroppsyta)	→	→	*												
Enkorafenib Peroral kapsel 300 mg (standarddos)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	

* Pumpen kopplas bort.

Medelemetogen.

Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Kontroll av biverkningar; hudtoxicitet, synrubbingar, elektrolytstatus särskilt magnesium.*Cetuximab i kur 1* bör administreras långsamt, rekommenderad infusionstid är 2 timmar. Därefter är rekommenderad infusionstid 60 minuter. Kontroll av blodtryck och puls inför start och 15 minuter efter start av infusion kur 1 och 2.

Ökad beredskap för anafylaktisk reaktion, särskilt vid första infusionen cetuximab. Vid infusionsrelaterad reaktion (IRR) sänks infusionshastigheten, se FASS.

Irinotekan - Var observant på akut kolinergt syndrom (exempelvis yrsel, svettningar, hypotoni, akut diarré).*Enkorafenib* - Om en dos missats ska den endast tas om det är mer än 12 timmar kvar till nästa planerade dos. Vid kräkning tas ingen extra dos. Ta nästa dos enligt schema. Samtidigt intag av grapefruktjuice ska undvikas. Vid sväljsvårigheter kan kapslarna tömmas. Se basfakta för hantering.

Enkorafenib Peroral kapsel

Dosering i förhållande till måltid: Tas med eller utan mat vid ungefär samma tidpunkt varje dag

Anvisningar för ordination

Blodstatus, lever-, njur- och elektrolytstatus inkl. magnesium inför varje kur. Risk för hypomagnesemi och EKG förändringar.

Neutrofila $\geq 1,5$ och TPK ≥ 75 .

Denna regim kan ges med Kalciumfolinat 400 mg/m² eller 200 mg/m².

EKG inför start, cykel 3 och därefter var 3:e månad eller vid behov för QTc- tid kontroll. QT-tid korrigeras enligt Fridericias formel, QTcF - för kalkylator se t ex <https://verktyg.internetmedicin.se/kalkylatorer/qt-c>.

Risk för QT- förlängning; riskfaktorer (t.ex. avvikande elektrolytvärden, hjärtsvikt och bradyarytmier) bör vara under kontroll innan behandlingen sätts in och under behandlingen.

Enkorafenib - Vid QTcF > 500 ms och samtidigt ökning med > 60 ms från värdet före behandling ska enkorafenib sättas ut permanent.

Vid QTcF > 500 ms och förändring med ≤ 60 ms från värdet före behandling ska enkorafenib pausas, kan återupptas med reducerad dos när QTcF är ≤ 500 ms. Enkorafenib ska sättas ut om QTcF > 500ms uppstår mer än en gång.

Irinotekan - premedicinering, ge subkutant Atropin 0,25 mg mot akut kolinergt syndrom 30 minuter före Irinotekan. Dosen kan upprepas.

Cetuximab - Risk för infusionsrelaterad reaktion, IRR. Premedicinering med kortison och antihistamin, t ex Betapred 8 mg iv/po och Desloratadin 5-10 mg, minst en timme före start varje kur. Om de två första kurerna går bra kan dosen Betapred halveras eller sättas ut.

Hudtoxicitet; Profylaktisk användning av perorala tetracykliner (6-8 veckor) och topikal applicering av fuktgivande 1 % hydrokortisonkräm bör övervägas.

Dosjustering rekommendation

Upphåll, dosjustering eller paus/utsättning av regimen kan bli nödvändigt för att hantera biverkningar som särskilt berör hud, ögon, avvikande elektrolyt- eller levervärden.

Cetuximab - Vid allvarliga ($\geq$ grad 3) fall av hudreaktioner avbryts behandlingen tillfälligt eller permanent, se FASS <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20060320000016#caution>).

Irinotekan och fluorouracil - vid GI-biverkningar av grad 2 rekommenderas dosreduktion till 75% av Irinotekan och Fluorouracil.

Enkorafenib: Observera riskfaktorer för QT-intervallförlängning. Korrigering av avvikande elektrolytvärden är särskilt viktigt med tanke på ökad risk för QTcF förlängning. se

<https://ekg.nu/verktyg/qt-tid-qtc-tid-korrigerad-qt-tid-och-forlangd-qt-tid-qt-forlangning-pa-ekg/>.

Enkorafenib dossänkning sker i två steg: 300 mgX1 till 225 mgX1 till 150 mgX1. Se

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20170731000083#dosage> för kolorektalcancer tabell 2, samt dosjustering tabell 3 och 4.

Efter dossänkning av enkorafenib p g a QTcF ≥ 500 msek eller p g a ögontoxicitet (retinit, uveit) $\geq$ grad 2, ska enkorafenibdosen inte ökas på nytt (ref. Breakwater studien).

OBS! Om cetuximab sätts ut ska även enkorafenib sättas ut och vice versa.

Antiemetika

Förslag enligt stöddokument: Dag 1: <https://kunksapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/ae-steg-5a-1-dag-palonostetron-betametason-olanzapin-alternativt>

<https://kunksapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/steg-5b-1-dag/>. Dag 3-14:

<https://kunksapsbanken.cancercentrum.se/lakemedelsregimer/antiemetika/forebyggande-mot-illamaende-steg-1/>

Obs! Undvik dubbel dos kortison. Om flera kortisondoser ingår (som premedicinering, antiemetikaregim eller ingående i regimen på annat sätt) välj den högsta av de olika doserna.

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

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

2. Premedicinering för Cetuximab

(Kortison och antihistamin minst en timma före infusion.)

3. Kontrollera blodtryck och puls

4. 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Spoldropp att fördelas mellan och efter sista läkemedlet

5. Tablett/Injektion Antiemetika

(Premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före Irinotekan)

6. Cetuximab _____ mg

i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

(Kontrollera blodtryck och puls efter 15 minuter.

Rekommenderad infusionstid är 2 timmar första kuren, därefter kan cetuximab ges på 60 minuter

om tidigare behandling tolererats väl.)

60 min.

7. Kom ihåg premedicinering med Atropin 0,25 mg subkutant 30 minuter före _____

Irinotekan

8. Irinotekan _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

60 min.

9. Kalciumfolinat (vattenfritt) _____ mg

i 250 ml Natriumklorid 9 mg/ml

Ges intravenöst under 60 min.

(Ges parallellt med Irinotekan)

60 min.

10. Fluorouracil _____ mg

Ges intravenöst under 3 min.

3 min.

11. Fluorouracil Bärbar infusionspump _____ mg

Ges intravenöst via Bärbar infusionspump

(Efter 46 timmar kopplas pumpen bort.)

46 tim.

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

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

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

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 4 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 5 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 6 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 7 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 8 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 9 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej Inf. tid Klockan Ssk. sign Läk. sign

1. Enkorafenib _____ mg

Ges peroralt

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl_____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Enkorafenib _____ **mg**
Ges peroralt
