



Référentiel Régional

REFERENTIEL DE TRAITEMENT DU MYELOME MULTIPLE

2017

SOMMAIRE

Sommaire	2
Introduction.....	3
Chapitre 1- Bilan diagnostique.....	4
Chapitre 2- Bilan de suivi Per-Thérapeutique	6
Chapitre 3- Classifications pronostiques.....	8
Chapitre 4- Critères de traitement	11
Chapitre 5- Critères de réponse imwg	13
Chapitre 6- Référentiel thérapeutique	15
Chapitre 7- Traitements	19
A. Les molécules.....	20
B. Les protocoles : (les prophylaxies systématiques sont traitées au chapitre suivant) .	22
C. Les prophylaxies.....	27

INTRODUCTION

Pour l'utilisation pratique des chimiothérapies, se référer au THESAURUS de chimiothérapie disponible auprès du réseau ONCOMIP (<http://www.onco-occitanie.fr.fr>) ou directement auprès de l'UPCO Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopole.

Chapitre 1- **BILAN DIAGNOSTIC**

Hématologie :

NFS (formule), plaquettes, Réticulocytes, TP, TCA, Fibrinogène.

Biochimie :

Bilan biochimique général (BBG) dont créatinine et sa clairance, bilan hépatique, LDH, CRP, β_2 microglobuline (non utile dans le suivi+++)

Immunologie :

Taux d'albumine (nécessaire pour l'ISS) en biochimie.

Electrophorèse des protides (sang)

Immunofixation des protides (sang + urines)

Dosage pondéral des immunoglobulines. **Pensez à demander un dosage IgD si myélome à chaînes légères.**

Dosage des chaînes légères sanguines et leur ratio (fait à l'hôpital).

Protéinurie sur échantillon avec albuminurie et créatininurie et électrophorèse des protéines urinaires.

Groupage sanguin ABO, Rhésus, Kell, phénotype étendu, RAI.

Analyses médullaires :

- Myélogramme
- Facteurs cytogénétiques pronostiques : 1 tube EDTA : FISH et/ou SNParray sur plasmocytes triés (del17p, t(4 ;14), gain 1q, trisomie 21, trisomie 5, del(1p32)). Privilégier l'envoi à l'UGM (IUCT-O) pour centralisation pronostic + calibration MRD + tumorothèque (cf bon de demande et consentement en annexe).

Radiologie :

Holosquelette en radiologie ou scanner low-dose.

IRM corps entier ou à défaut pelvi-rachidienne incluant le rachis cervical.

PET-SCAN sur demande de la RCP.

TDM avec injection à éviter (contre-indication à l'injection d'iode en particulier pour les myélomes à chaînes légères).

RxT et ECG.

Divers :

Sérologies VIH 1 et 2, HTLV 1 et 2, Hépatite B et C (inclusions protocolaires), sérothèque.

β -HCG pour les femmes non ménopausées.

Typage HLA pour tous les patients de moins de 65 ans à la demande de la RCP.

Chapitre 2- **BILAN DE SUIVI PER- THERAPEUTIQUE**

Suivi mensuel :

Hémogramme, bilan biochimique général, CRP.

Suivi trimestriel :

Ajouter : Electrophorèse des protéines, immuno-fixation des protéines si disparition du pic, protéinurie sur échantillon. Dosage des chaînes légères sanguines i justifié.

Bilan en cas d'immunofixation négative :

Myélogramme à faire en cas de RC immunologique pour définition de la RC vraie.

Pour les sujets de moins de 65 ans, l'évaluation de la maladie résiduelle est recommandée par une technique de sensibilité d'au moins 10⁻⁵ (Cytométrie de flux [CMF] ou Séquencage de nouvelle génération [NGS])

Chapitre 3- **CLASSIFICATIONS PRONOSTIQUES**

ISS : international staging system (JCO vol 23 ; 15 ; 2005).

Stade I : béta-2-M <3,5 mg/l et Albumine >35 g/l

28% des patients ; survie 62 mois.

Stade II : béta-2-M entre 3,5 et 5,5 mg/l ou Albumine <35 g/l

33% des patients ; survie 44 mois.

Stade III : béta-2-M >5,5 mg/l

39% des patients, survie 29 mois.

A pondérer par l'âge (65 ans) pour possibilités d'intensification thérapeutique.

Actuellement, on prend surtout en compte les symptômes cliniques (présents ou absents) et l'évolutivité (clinique ou biologique) pour décider la mise en route du traitement.

R-ISS : revised international staging system (JCO vol33; 26; 2015)

Stade de l'ISS standard affinés par la cytogénétique et les LDH.

- Cytogénétique : anomalies chromosomique détectée par FISH :
 - Haut risque : présence d'une del (17p) et/ou t(4 ;14) et/ou t(14 ;16)
 - Risque standard : pas d'anomalie chromosomique de haut risque
- LDH :
 - Normales : LDH<limite supérieure de la normale
 - Elevées : LDH>limite supérieure de la normale

Stade de R-ISS

Stade I : stade I de l'ISS avec risque cytogénétique standard et LDH normales

Stade II : absence de critères de stade I ou III

Stade III : stade III de l'ISS et soit un haut risque cytogénétique soit des LDH élevées

Si historiquement la classification de Durie et Salmon était utilisée pour la prise de décision thérapeutique, elle est désormais abandonnée au profit de la recherche de critère CRAB et slim-CRAB (cf infra critères de traitement)

Durie et Salmon :

Stade I : tous les critères suivants sont présents :

Hémoglobine > 10 g/dl

Calcémie < 100 mg/l ou 2,5 mmol/l

Os normal ou une seule lésion osseuse.

Dosage du pic IgG < 50 g/l ou IgA < 30 g/l

Protéinurie de Bence-Jones < 4 g/24h.

Stade II : absence de critères de stade I ou III.

Stade III : présence d'au moins un des critères suivants :

Hémoglobine < 8,5 g/dl

Calcémie > 120 mg/l ou 3 mmol/l

Lésions osseuses multiples.

Dosage du pic IgG > 70 g/l ou IgA > 50 g/l

Protéinurie de Bence-Jones > 12 g/24h.

Sous-classification :

Stade A : créatininémie < 20 mg/l ou 180 μ mol/l

Stade B : créatininémie > 20 mg/l ou 180 μ mol/l.

Chapitre 4-**CRITERES DE TRAITEMENT**

Le diagnostic de myélome symptomatique repose classiquement sur la présence d'un signe témoignant d'une atteinte organique par le myélome, un critère CRAB (Critères IMWG, Br J Hematol 2003 ; 5 :749-57).

- Calcium : hypercalcémie $>2,75$ mmol/L ou calcium sérique $> 0,25$ mmol/l
- Rein : créatinine >177 μ mol/L
- Anémie : Hémoglobine < 10 g/dL ou baisse de 2g/dL
- « Bone » : ≥ 1 Lésion osseuse lytique sur radiographie, scanner ou TEPscanner

Les critères de traitement révisés de l'IMWG décrivent, en plus des classiques critères CRAB, 3 nouveaux critères de maladie active (Rajkumar SV, Lancet Oncol 2014 ; 12 :538-548) :

- Plasmocytose médullaire $\geq 60\%$
- Ratio des chaînes légère sériques impliquées/non impliquées ≥ 100
- Présence d'au moins 2 lésions osseuses focales à l'IRM chacune étant >5 mm

Chapitre 5-**CRITERES DE REPONSE IMWG**

Suivi des patients traités (mensuel) :

Électrophorèse des protéines plus fiable que le dosage pondéral.

Protéinurie des 24 heures.

Pas de surveillance osseuse systématique

Critères de réponse IMWG 2006 (Durie BG et al, Leukemia 2006 ; 20 : 1467-73 ; 2006):

- sCR (stringent complete response : rémission complète stringente) :
Idem RC avec ratio des FLC normal et immunophénotype plasmocytaire négatif.
- CR (rémission complète ou RC) :
IG monoclonale négative dans S et U, <5% de plasmocytes médullaires.
- VGPR (réponse partielle de bonne qualité ou RPBQ) :
IG monoclonale S diminuée de 90%, IG U <100mg/24h.
- PR (réponse partielle ou RP) :
IG monoclonale S diminuée de 50%, IG monoclonale U diminuée de 90%, chaînes légères libres diminuées de 50%.

Définitions de la négativité de la maladie résiduelle minimale (Kumar S et al, Lancet Oncol 2016 ; 8 : 328-346)

- MRD négative prolongée : MRD négative dans la moelle osseuse (par NGS et /ou CMF) et sur l'imagerie (cf infra) ; contrôlée à 1 an
- MRD négative en CMF : absence de clone phénotypiquement anomal dans la moelle osseuse analysée en CMF utilisant une technique ayant une sensibilité $\geq 10^{-5}$
- MRD négative en NGS : absence de clone dans la moelle osseuse en NGS ; la présence d'un clone étant définie par le séquençage d'au moins 2 reads identiques par une plateforme ayant une sensibilité $\geq 10^{-5}$
- MRD négative moelle et imagerie : MRD négative dans la moelle osseuse (par NGS et /ou CMF avec une sensibilité $\geq 10^{-5}$) et disparition des hyper-métabolismes au TEP scanner ou diminution du SUV < médiastin ou < aux tissus mous avoisinant

Critères de progression :

- Augmentation de 25% de l'immunoglobuline monoclonale S ou U avec une valeur absolue >5g/L ou de 200 mg/ L, respectivement. Augmentation de 25% du dosage des chaînes légères.
- Nouvelles lésions osseuses ou extra-osseuses.
- Calcémie repassant supérieure à 2,65 mmol/l.
- Hémoglobine baissant de 2 g/dl.

La décision de re-traitement est systématique en cas de myélome symptomatique et se discutera en RCP en cas de myélome asymptomatique

Chapitre 6- **REFERENTIEL THERAPEUTIQUE**

SUJETS JEUNES < 65 ans, PREMIERE LIGNE :

Les protocoles de l'IFM sont régulièrement activés. En fonction des protocoles ouverts, la RCP proposera au médecin référent l'inclusion dans ces protocoles.

Patients hors protocole :

Le traitement d'induction comportera une triple association de Bortezomib, Dexaméthasone et IMiDs (Thalidomide ou Revlimid). Quatre cycles seront réalisés. Le recueil de CSP aura lieu après le 3eme cycle. **Contactez l'IDE de programmation d'autogreffe (Me Cathy Adam 0531156246 ou Hemato.progreffes@iuct-oncopole.fr dès le J1C1 pour la planification du G-CSF et de la collecte.**

Une autogreffe de CSP sera réalisée à l'IUCT-O. Deux cycles de consolidation par VTD ou VRD seront réalisés dans le centre d'origine du patient.

Traitement de maintenance :

Le Lenalidomide a obtenu une AMM en maintenance post intensification jusqu'à progression. Selon les recommandations de l'IFM cette maintenance par Lenalidomide est réservée aux patients hors protocole, devra être initiée dans le mois suivant la fin de la consolidation, à la posologie de 10 mg/j 21 jours /28, pour une durée de 2 ans (26 cycles). Une prophylaxie minimale par aspirine est recommandée sauf contexte imposant une HBPM. Le Lenalidomide n'est pas remboursé dans cette indication.

Traitements de support :

Biphosphonates injectables durant les 6 premiers mois du traitement sous réserve d'un bilan stomatologique normal et dosage vitamine D

Epo (attention au risque thrombotique+++++) et G-CSF.

Traitement spécifique des lésions osseuses

Gestes recommandés selon la clinique à discuter lors de la RCP Algologie – Métastases osseuses 1 vendredi sur 2 (chirurgie, cimentoplastie, radiothérapie, etc.).

SUJETS AGES > 65 ans, PREMIERE LIGNE :

Les protocoles de l'IFM sont régulièrement activés. En fonction des protocoles ouverts, la RCP proposera au médecin référent l'inclusion dans ces protocoles.

Patients hors protocole :

Les traitements de référence sont :

- le MP-THAL avec THAL à 100 mg/j était le protocole historique. Compte tenu des résultats de l'étude randomisée MP-Thal vs DEX-REV, ce schéma historique devrait être réservé à des cas particuliers.
- le VMP avec Velcade en SC à doses habituelles en hebdomadaire
- le DEX-REV est maintenant un protocole de référence
- le VEL-DEX est une alternative à proposer aux sujets les plus fragiles

PATIENTS EN RECHUTE :

Les traitements sont choisis en fonction des traitements antérieurs, de la réponse à ces traitements, des co-morbidités et des effets secondaires éventuels.

L'autogreffe est proposée en rechute en fonction de la durée de réponse à la première autogreffe (au moins supérieure à 2 ans).

L'allogreffe peut être proposée en deuxième ligne pour les sujets jeunes avec donneur HLA, répondeurs au traitement de rattrapage dans des situations particulières.

Les protocoles de l'IFM sont régulièrement activés. En fonction des protocoles ouverts, la RCP proposera au médecin référent l'inclusion dans ces protocoles.

Patients hors protocoles :

Toutes les associations sont possibles :

Velcade Lenalidomide Dexamethasone (VRD)

Velcade Melphalan Dexamethasone (VMD)

Velcade Melphalan Prednisone (VMP)

Velcade Endoxan Dexamethasone (VCD)

Velcade Dexamethasone (VD)

Thalidomide Dexamethasone (TD)

Revlimid Dexamethasone (RD)

Revlimid Endoxan Dexamethasone (RCD)

Pomalidomide Dexamethasone

Pomalidomide Endoxan Dexamethasone (PCD)

Daratumumab Dexamethasone

Daratumumab Velcade Dexamethasone (DVD)

Daratumumab Revlimid Dexamethasone (DRD)

Bendamustine Thalidomide Prednisone (BTP)
Bendamustine Velcade Dexamethasone (BVD)
Bendamustine Prednisone (BP)

C-PAD

C-VAD

Dexamethasone Endoxan VP16 Cisplatine (DCEP)

Velcade Thalidomide Dexamethasone Cisplatine Adriamycine Endoxan VP16 (VTD-PACE)

VMCP BVAP en alternance

CAS PARTICULIERS :

PLASMOCYTOME :

Traitement par radiothérapie privilégié mais condition de plasmocytome solitaire indispensable (PET scanner systématique, 2 myélogrammes en deux sites différents voire BOM).

Le suivi post-radiothérapie se fait sur le composant monoclonal ou les chaînes légères libres éventuelles et le PET scanner.

Chapitre 7- TRAITEMENTS

A. LES MOLECULES

Melphalan :

Per os (MP et dérivés) :

0,25 mg/kg 4 jours/cycle (sujets jeunes).

0,2 voire 0,18 mg/kg 4 jours/cycle (sujets âgés).

IV (autogreffe) :

140 à 200 mg/m² en une fois (adaptation sur la fonction rénale).

Produit hémato toxique : G-CSF utilisables.

Corticoïdes :

- Prednisone (MP et dérivés) :
2 mg/kg 4 jours/cycle avec généralement une dose maximum de 100 mg
- Dexaméthasone :
Utilisation hebdomadaire habituelle (20 ou 40 mg/semaine).
Possibilité d'utilisation en bloc d'attente :
40 mg/j 4 jours/mois (sujets jeunes).
20 mg/j 4 jours/mois (sujets âgés).
Prophylaxie par Clamoxyl 1gx2/jours et Bactrim forte sous DEX (anti-pneumococcique/ anti PCP).

Thalidomide

Accord de soins préalable

Contraception obligatoire pour prescription chez la femme en âge de procréer.

Dose initiale 100 mg/j en traitement continu.

Adaptation à 50 mg/j voir 50 mg/j 1j/2 possible.

Produit neurotoxique.

Prophylaxie thromboembolique (idem Revlimid).

Revlimid

Accord de soins préalable

Contraception obligatoire pour prescription chez la femme en âge de procréer

Dose initiale 25 mg/j 3 semaines sur 4 associé à la DEX.

Adaptation chez l'insuffisant rénal :

Clairance <50 ml/min : 10 mg/j.

Clairance <30 ml/min : 15 mg 1j/2.

Patient dialysé : 5 mg/j.

Adaptation en cas de neutropénie :

PNN <500 : suspendre le traitement.

Reprise à 25 mg/j si PNN >500 isolés.

Baisser à 15 mg/j si neutropénie et autres toxicités hématologiques. Si neutropénie persistante palier à 10 mg autorisé.

Adaptation en cas de thrombopénie :

Pq<30000 : suspendre le traitement.

Reprise à 15 mg/j quand Pq>30000.

Pomalidomide

Accord de soins préalable

Contraception obligatoire pour prescription chez la femme en âge de procréer

Dose initiale 4 mg/j 3 semaines sur 4 associé à la DEX.

Velcade SC:

Dose initiale 1,3 mg/m² J1 J4 J8 J11.

Adaptation quantitative : dose réduite à 1 mg/m² voir 0,7 mg/m².

Adaptation temporelle dans le schéma VMP sujets âgés : dose administrée à J1 J8 J15 J22.

Produit hémato toxique (plaquettes principalement) et neurotoxique.

Prophylaxie par et Zelitrex 1 cpx2/j.

Début d'un cycle si PNN >1000 et Pq >75000.

Velcade en cours de cycle si PNN >750 et Pq >30000.

Toxicité de grade 3 ou 4 non hématologique : attendre la réduction des symptômes au grade 1 puis diminuer au palier inférieur.

Si 3 doses de Velcade non administrés lors d'un cycle : diminuer au palier inférieur lors du cycle suivant (1 ou 0,7 mg/m²).

Gestion de la neurotoxicité sous Velcade :

Sévérité de la neuropathie	Modification de la posologie
Grade 1 (asymptomatique : perte des réflexes ostéotendineux ou paresthésie) sans douleur ou sans perte de fonction	Aucune
Grade 1 avec douleur ou Grade 2 (symptômes modérés ; limitant les activités instrumentales de la vie quotidienne (Echelle ADL)**)	Réduire VELCADE à 1,0 mg/m ² ou Modifier le rythme d'administration de VELCADE à 1,3 mg/m ² une fois par semaine
Grade 2 avec douleur ou Grade 3 (symptômes sévères ; limitant l'autonomie selon l'échelle ADL***)	Interrompre le traitement par VELCADE jusqu'à disparition des symptômes. Ré-instaurer alors le traitement par VELCADE et réduire la dose à 0,7 mg/m ² une fois par semaine.
Grade 4 (conséquences sur le pronostic vital ; intervention urgente indiquée) et/ou neuropathie autonome sévère	Arrêter VELCADE

B. LES PROTOCOLES : (LES PROPHYLAXIES SYSTEMATIQUES SONT TRAITEES AU CHAPITRE SUIVANT)

Les protocoles utilisés au sein du réseau régional sont maintenant harmonisés. Une seule version de chaque schéma est proposée.

Ils sont présentés ici en classement alphabétique

BP:

BENDAMUSTINE 120 mg/m² J1 J8 IV.

PREDNISONE 60 mg/m², hebdomadaire PO, en general 100 mg.

J1=J29.

BTP:

BENDAMUSTINE 60-90 mg/m² J1, J8, J15 IV.

THALIDOMIDE 50 mg/j J1 à J28 PO.

PREDNISONE 100 mg J1, J8, J15, J22 PO.

J1=J29.

BVAP:

ONCOVIN 1 mg DT J1 IV.

BICNU 30 mg/m² J1 IV.

ADRIBLASTINE 30 mg/m² J1 IV.

CORTANCYL 60 mg/m² J1 à J4 po.

J1=J22.

C-PAD :

ENDOXAN 300mg/m² J1, J8, J15 PO ou IV à J1 500 à 750mg/m²

VELCADE 1,3 mg/m² J1 J4 J8 J11 SC.

ADRIBLASTINE 9 mg/m²/jour J1-4 IVSE.

DECTANCYL 40 mg J1 J4 J8 J11 po.

J1=J22 ou 29.

CRAD :

ENDOXAN 500 à 750mg/m² J1 IV

REVLIMID 25mg/j J1 à J14 po

ADRIABLASTINE 9mg/m²/j J1-J4 IVSE ou bolus

DECTANCYL 40mg J1-J4 po

J1=J22.

C-VAD classique (IVSE):

ENDOXAN 300mg/m² J1, J8, J15 PO ou IV J1 500 à 750 mg/m²

ONCOVIN 0,4 mg/j J1 à J4 IVC.

ADRIBLASTINE 9 mg/m²/j J1 à J4 IVSE.

DECTANCYL 40 mg/j J1 à J4 po.

J1=J22 ou 29.

DD :

DARZALEX 16mg/kg C1-C2 : J1, J8, J15, J22 IV puis C3-C6 : J1, J15 IV puis C7 et + : J1 IV
DECTANCYL 20mg C1-C2 : J1, J8, J15, J22 ; C3-C6 : J1, J15 po puis C7 et + : J1
J1=J29.

DCEP :

ENDOXAN 400 mg/m²/j J1 à J4 IVC.
CISPLATINE 15 mg/m²/j J1 à J4 IVC.
ETOPOSIDE 40 mg/m²/j J1 à J4 IVC.
DECTANCYL 40 mg/j J1 à J4 po.
J1=J29.

DRD :

DARZALEX 16mg/kg C1-C2 : J1, J8, J15, J22 IV puis C3-C6 : J1-J15 IV puis C7-...J1 IV
REVLIMID 25mg J1-J21 po
DECTANCYL 20mg J1, J2, J8, J9, J15, J16, J22, J23 po
J1=J29.

DVD :

DARZALEX 16mg/kg C1-C3: J1, J8, J15 IV puis C4-C8 J1 IV
VELCADE 1,3mg/m² J1, J4, J8, J11 SC C1-C8
DECTANCYL 20mg J1, J2, J4, J5, J8, J9, J11, J12 po C1-C8
J1=J22
Puis DARZALEX seul à partir de C9 J1 IV

MEL200 (autogreffe) :

MELPHALAN 200 mg/m² J-2 IV sous hyper-hydratation.
Ré injection des CSP J0 IV.

MP-THAL :

MELPHALAN 0,25 mg/kg/j J1 à J4 po.
Sujets âgés >75 ans : 0,2 à 0,18 mg/kg/j J1 à J4 po.
CORTANCYL 2 mg/kg/j J1 à J4 po avec maximum 100mg.
THALIDOMIDE 100 mg/j po en continu.
J1=J42.

PAD:

VELCADE 1,3 mg/m² J1 J4 J8 J11 SC.
ADRIPLASTINE 9 mg/m² J1-4 IVSE.
DECTANCYL 40 mg J1 J4 J8 J11 po.
J1=J22.

POM-DEX :

POMALIDOMIDE 4 mg/jour PO 21 jours par mois
DECTANCYL 40 mg/j J1 J8 J15 J22 po.
Dose adaptable : DEX 20 mg voire 10 mg po par semaine.
J1=J29.

PCD :

POMALIDOMIDE 4 mg/jour PO 21 jours par mois
ENDOXAN 50 mg PO 21 jours par mois
Dose adaptable : 1 jour sur 2 si cytopénie
DECTANCYL 40 mg/j J1 J8 J15 J22 po.
Dose adaptable : DEX 20 mg voire 10mg po par semaine.
J1=J29.

REV-DEX:

REVLIMID 25 mg/j po 21 jours par mois.
Dose adaptable : REV 15 mg/j po 21j/mois.
DECTANCYL 40 mg/j J1 J8 J15 J22 po.
Dose adaptable : DEX 20 mg voire 10mg po par semaine.
J1=J29.

RCD:

REVLIMID 25 mg/j po 21 jours par mois.
Dose adaptable : REV 15 mg/j PO 21j/mois.
ENDOXAN 50 mg : jour PO 21 jours/mois
Dose adaptable : 1 jour sur 2 si cytopénie
DECTANCYL 40 mg/j J1 J8 J15 J22 PO.
Dose adaptable : DEX 20 mg PO par semaine.
J1=J29.

VAD classique (IVSE):

ONCOVIN 0,4 mg/j J1 à J4 IVC.
ADRIBLASTINE 9 mg/m²/j J1 à J4 IVSE.
DECTANCYL 40 mg/j J1 à J4 po.
J1=J22 ou 29.

VAD bolus

ONCOVIN
ADRIBLASTINE
DECTANCYL
J1=J22 ou 29.

VBD :

VELCADE 1,3 mg/m² J1 J8 J15 J22 SC.
BENDAMUSTINE 60-90 mg/m² J1, J8 IV.
DECTANCYL 20 ou 40 mg J1 J4 J8 J11 po.
J1=J29

VCD :

VELCADE 1,3 mg/m² J1 J8 J15 J22 SC.
ENDOXAN 300 mg/m² (500 mg max) J1 J8 +/-J15 (si PNN>750/mm³) PO. Ou IV J1 750 mg/m²
DECTANCYL 40 mg/semaine.
J1=J29.

VD:

VELCADE 1,3 mg/m²/j J1 J4 J8 J11 SC.
Adaptation de doses: 1 mg/m² ou 0,7 mg/m² suivant les effets secondaires.
ATTENTION à la NEUROPATHIE.
DECTANCYL 40 mg/j J1 à J4 po.
Adaptation de doses: DEX 40 ou 20 mg po par semaine.
J1=J22.

VMCP :

ONCOVIN 1 mg/m² J1 IV.
MELPHALAN 5 mg/m²/j J1 à J4 po.
ENDOXAN 100 mg/m²/j J1 à J4 po.
CORTANCYL 60 mg/m²/j J1 à J4 po.
J1=J22.

VMD:

VELCADE 1,3 mg/m²/j J1 J4 J8 J11 SC.
DECTANCYL 40 mg/j J1 J4 J8 J11
MELPHALAN 0,25-0,18 mg/kg J1 à J4 po.
J1=J29.

VMP :

VELCADE 1,3 mg/m²/j J1, J8, J15, J22 SC.
MELPHALAN 0,25 mg/kg/j J1 à J4 po.
Sujets âgés >75 ans : 0,2 à 0,18 mg/kg/j J1 à J4 po.
CORTANCYL 2 mg/kg/j J1 à J4 po. (maxi 100mg chez les sujets âgés)
J1=J35.
(si présence d'une insuffisance rénale, penser à diminuer la dose de MEL)

VTD:

VELCADE 1,3 mg/m² J1 J4 J8 J11 SC.
DECTANCYL 40 mg/j J1 J4 J8 J11.

THALIDOMIDE 100 mg/j PO en continu.

J1=J22 en induction et J1=J29 en consolidation avec Dexaméthasone hebdomadaire possible

VTD-PACE :

VELCADE 1 mg/m² J1 J4 J8 J11 IV.

THALIDOMIDE 200 mg J1 à J4 po.

DEXAMETHASONE 40 mg J4 à J7 po.

CISPLATINE 10 mg/m² J1 à J4 IV.

ADRIAMYCINE 10 mg/m² J4 à J7 IV.

ENDOXAN 400 mg/m² J1 à J4 IV.

ETOPOSIDE 40 mg/m² J1 à J4 IV.

J1=J29.

VRD (Velcade Revlimid Dexaméthasone) en 1ère ligne:

VELCADE 1,3 mg/m² SC J1 J4 J8 J11.

REVLIMID 25 mg/j po 14 jours /21.

DECTANCYL 40 mg/j po J1 J4 J8 J11 (diminuer à 20 mg pour la consolidation)

J1=J22.

VRD (Velcade Revlimid Dexaméthasone) en rechute:

VELCADE 1,3 mg/m² SC J1 J4 J8 J11.

REVLIMID 25 mg/j po 21 jours /28.

DECTANCYL 40 mg/j po hebdomadaire (diminuer à 20 mg pour la consolidation)

J1=J29.

C. LES PROPHYLAXIES

► Prophylaxies anti-infectieuses :

Prophylaxies systématiques :

Avec Dexaméthasone : Amoxicilline 1gx2/jour, Bactrim forte 1 cp 3 x/semaine,

Avec velcade, IMiDs, Zelitrex 500mg x2/jour.

Adaptation de dose chez l'insuffisant rénal

Vaccinations anti – grippale saisonnière et anti-pneumococcique selon le schéma Prime-Boost (Prevenar 13 suivi de Pneumovax 2 mois plus tard)

► Prophylaxie thromboembolique (classe des IMiDs : THAL/REV/POMA):

Facteurs de risques individuels : âge, obésité, antécédent de TVP, cathéter veineux central, comorbidité (cardiaque, rénale, diabète, infections, immobilisation, chirurgie, thrombophilie)

Facteurs de risque du myélome : hyper-viscosité.

Facteurs de risque du traitement : DEX, IMiDs ou Doxorubicine ou chimiothérapie multi-agents.

Aspirine faible dose: si 0 ou 1 seul facteur individuel.

HBPM ou AVK : si ATCD de thrombose++++, si 2 facteurs, DEX, IMiDs ou Doxorubicine ou chimiothérapie multi-agents.