

**« Place du pharmacien hospitalier
participant à la RCP de
cancérologie »**



Dr. Florence Tabary **Clinique Clementville**
Montpellier

Dr. Bernard Delmas **PH – C.H. Val Ariège**

ATEPHHA -16-17 novembre 2017-ONCOPOLE
TOULOUSE

Définition de la RCP:



Source HAS Mai 2014.

- Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de **différentes disciplines** dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment.
- En oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades et se déroule dans un établissement de santé, un groupement d'établissements de santé, un réseau de cancérologie ou dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). **En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation, mais le dossier devra être ultérieurement présenté pour être entériné et cette prise en charge enregistrée et archivée.**
- De plus, pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence **d'au moins 3 médecins de spécialités différentes** permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais. *La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire.*
- Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est **soumise et expliquée au patient.**
- Pour que la participation régulière à des RCP dans le cadre de l'activité clinique du professionnel puisse **valider son obligation de DPC**, elle doit nécessairement correspondre à une **présence régulière aux RCP** au cours desquelles il présente des cas de patients.

Définition de la RCP (réseau ONCOLIE):

Source HAS Mai 2014.



- La RCP est composée au minimum d'un Oncologue médical et/ou d'un spécialiste d'organe compétant en oncologie digestive, d'un oncologue radiothérapeute, d'un oncologue chirurgien, et/ou d'un chirurgien spécialisé, d'un radiothérapeute et d'un anatomopathologiste accessible durant la réunion. **D'autres professionnels de santé**, dont un représentant des soins de support, sont présents selon le cas discuté. L'utilisation des outils de web ou visioconférence par les médecins sera disponible.

Description de la RCP



- **Organisation de la RCP**

L'organisation de la RCP doit être formalisée avec un rythme clairement établi adapté à la spécialité et à l'activité (mais doit être d'au moins 2 fois par mois en oncologie) et doit comprendre : un coordonnateur. Son rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avertir les professionnels membres « permanents » de la RCP ainsi que le médecin référent des patients, et **de convoquer le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées ;**

- un secrétariat ;
- la traçabilité systématique de toutes les décisions, dont au moins un exemplaire doit être placé dans le dossier du malade (papier ou électronique) ;
- l'indication des références scientifiques utilisées ou de l'essai thérapeutique qui serait proposé au patient ;
- le nom du médecin/professionnel référent qui doit assurer le suivi de la décision (explication au patient et organisation de la prise en charge).

Description de la RCP



Analyse des dossiers de patients

- Au cours de la RCP, le dossier de chaque patient est présenté à tour de rôle et la prise en charge est définie collectivement sur la base des **référentiels retenus**. Sur cette base, un avis de la RCP est rédigé.
- La RCP doit procéder régulièrement à l'évaluation : de la pertinence des classements entre simple présentation et demande de discussion ;
- de l'adéquation des **décisions avec les recommandations** ;
- **de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.**
- L'appropriation des recommandations ou des référentiels utilisés lors de la RCP peut faire l'objet d'une action de formation spécifique.

Description de la RCP



Avis de la RCP

- L'avis de la RCP comporte la date, la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de la RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent et inscrites dans le dossier du patient. Un recueil permettant de noter à chaque réunion le nom des participants, celui des patients dont les dossiers sont évalués, et la décision prise, est tenu à jour par le secrétariat.

TRACABILITE de la RCP



Les documents requis pour une RCP sont : une charte ou procédure ou un règlement intérieur de la RCP qui en précise l'organisation et le fonctionnement ; un compte rendu de chaque réunion avec liste de présence des participants.

Il est demandé au professionnel de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son implication dans le programme de DPC en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité, notamment la traçabilité de l'application des décisions de la RCP pour les patients dont il a la charge (ou la raison argumentée de sa non-application) ;
2. d'assurer la traçabilité de ses actions en gardant auprès de lui tous les documents justificatifs susceptibles de lui être demandés. Par exemple : **compte rendu de réunion avec noms des participants, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence** à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs, etc.

Parcours du patient

Ville **Hôpital** Ville

Diagnostic

ANNONCE

Articulation
Ville-Hôpital

HAD

PPAC
(Plan cancer 2-3)

Décision
thérapeutique
RCP

Thérapies
orales

Plan
cancer 1

Priorité
Plan
cancer 3

PPS

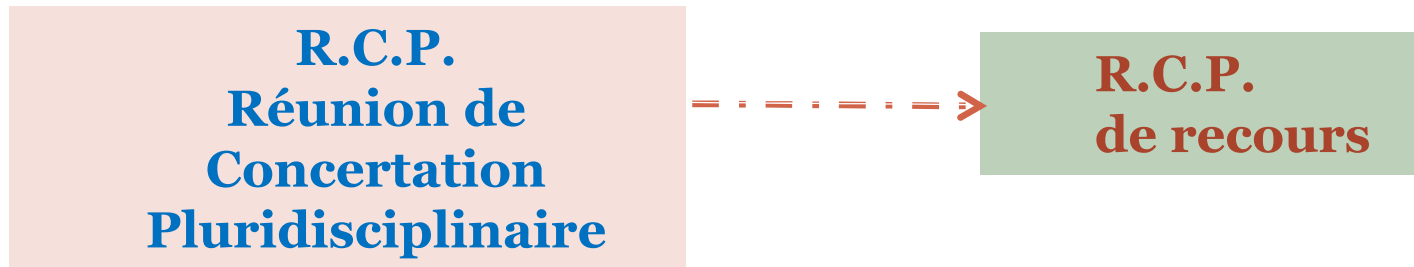
Attitude active patient

Soignants: Nouveaux métiers

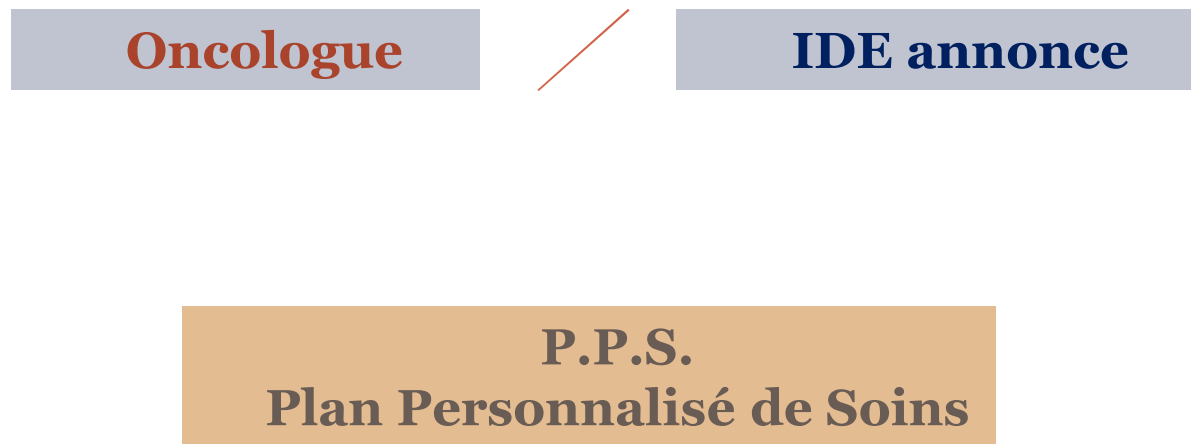
IDE coordonnatrice, Consultations Médico-pharmaceutique, ETP, IDE-SC, MT,
professions paramédicales (IDE libérale, Kiné, Psychologues, PODOLOGUES)

Le parcours et la P.E.C. à l'Hôpital

- **Décision thérapeutique:**



- **Annonce Thérapeutique**




La RCP du C.H Val ARIEGE



- RCP généraliste
- 1 fois / semaine: le jeudi à 17 Heures, salle télémedecine
- Enregistrée dans ONCOMIP: date, lieu, programme, tracabilité des présents
- Composition:
 - Oncologue(s) médical(s)
 - Spécialistes d'organes (sauf, pneumo, hémato – IUCT)
 - Chirurgiens
 - Radiologue
 - Pharmacien
 - IDE d'annonce
 - IDE coordonnatrice 3C
 - Secrétaire de RCP
 - Radiothérapeute ICU-T en visioconférence.
 - Internes
 - Interne en pharmacie (au moins 1 fois)

La RCP du C.H Val ARIEGE



ONCOMIP 	DATE jeudi 12 octobre 2017	Liste des dossiers
	AUTEUR DR ABOUT ISABELLE	DESCRIPTION RCP 3C - CH VAL ARIEGE - GÉNÉRAL du 12/10/2017

Nom du patient	Date naissance	Libellé du cancer
BA		Tumeurs malignes de l'estomac, autres et non préciseses <i>Mbr FOLFOX Adj.</i>
CA		Tumeur maligne de l'ovaire
CA		Tumeur maligne du sein, sans précision
CA		Tumeur maligne du sein, sans précision <i>Aromatine</i>
CO		Tumeur maligne du sein, sans précision
GA		Tumeur maligne du côlon, sans précision
JAN		Tumeur maligne du pancréas, sans précision
LE		Tumeur maligne du canal anal
LEI		Tumeur maligne du sein, sans précision
MA		Tumeur maligne du côlon, sans précision
MA		Tumeur maligne du canal anal
OL		Tumeurs malignes de l'estomac, autres et non préciseses
RO		Tumeur maligne du côlon, sans précision

Impression demandée par : DR ABOUT ISABELLE
 Date d'impression : jeudi 12 octobre 2017 16:12

Liste des dossiers
 Page 1 sur 2

Le PHARMACIEN en RCP: AVIS Oncologues

Réponse oncologues le 05/10/2017: **Fondamental !!!**

Mais encore ?

sa propre formation clinique

- Termes médicaux et chirurgicaux
- Imagerie
- Vision globale du traitement: chirurgie, radiothérapie, radiofréquence, CHIP, ...

sa contribution à la décision thérapeutique:

- Repositionnement des molécules dans leur AMM (en \pm)
- Information sur les ATU disponibles et modalités
- Information sur les essais cliniques
- Informations sur les thérapeutiques orales
- Informations sur les C.I. (Irinotecan –bili / I.R. adaptations OxaliPt, Javlor...)
- Informations sur l'actualité bibliographique
- Information sur les adjuvants des C.T.: HormonoT, Faslodex, EPO, GCSF,....
- Informations sur le métier de pharmacien-préparateur (ex: manip. MYOCET / ABRAXANE)

Tableau d'aide à la décision thérapeutique, extrait

Rappel des indications agréées et/ou remboursées HGHS, par spécialité

AVASTIN Bevacizumab	OVRm1	CARBOP/TAXOL	AVASTIN-CARBOPT- PACLITAXEL Ovr AVASTIN10MG/CARBOh eb/TAXOLhebd	En association au CarboPt et au Paclitaxel, en traitement de 1 ^{ère} ligne des stades avancés (FIGO IIIB,C et IV) du cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, suivis de Avastin en monothérapie en continu jusqu'à progression de la maladie ou jusqu'à 15 mois max ou jusqu'à toxicité inacceptable.	5mg/kg/sem 15 mg/kg tts 3 sem, 6 cycles	AMM G1	
AVASTIN Bévacizumab	OVRm2	CARBOP/GEMCITABINE	AVASTIN-CARBOPT- GEMCITABINE	En association au CarboPt. et à la Gemcitabine, en traitement des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, en première récurrence, sensible aux sels de Pt. et non préalablement traitées par bevacizumab ou autres inhibiteurs du VEGF ou de ces récepteurs. suivis de Avastin en monothérapie en continu jusqu'à progression de la maladie.	5mg/kg/sem 15 mg/kg tts 3 sem, 6 à 10 cycles	AMM G1	
AVASTIN Bévacizumab	OVRm2	TAXOL ou CAELYX ou TOPOTECAN	AVASTIN(Béva)- PACLITAXEL OVRm2 AVASTIN 10MG/CAELYX OVRm2	en association au paclitaxel, au topotécan ou à la doxorubicine liposomale pégylée, est indiqué chez les patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, en rechute, résistant aux sels de platine , qui n'ont pas reçu plus de deux protocoles antérieurs de chimiothérapie et qui n'ont pas été préalablement traitées par du bevacizumab ou d'autres inhibiteurs du VEGF	TAXOL 80 mg/m ² /sem+ 15 mg/kg tts 3 sem CAELYX 40mg/m ² /mois+10 mg/Kg 15J NON REMBOURSE HGHS	AMM G1	
AVASTIN Bévacizumab	Col Utérus	PACLITAXEL/CD DP PACLITAXEL/TO POTECAN		en association au paclitaxel et au cisplatine , ou bien en association au paclitaxel et au topotécan chez les patientes ne pouvant pas recevoir de traitement à base de sels de platine, est indiqué chez les patientes adultes atteintes d'un carcinome du col de l'utérus persistant, en rechute ou métastatique	5mg/kg/sem 15 mg/kg tts 3 sem, 6 à 10 cycles NON Collect	AMM G1	
AVASTIN Bévacizumab	CBNPCAm e	ALIMTA	ALIMTA-AVASTIN (DCI)	Etude AVAPERL ASCO 2013:avancé et non opérable, métastatique ou en rechute, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde; jusqu'à progression de la maladie, sans interruption depuis le TTT précédent	7,5 ou 15mg/kg J1=21	SMJ G3	
AVASTIN Bévacizumab	CCRm1-2	Sans 5FU		Avec Irinotecan ou OxaliPt, sans 5FU si contre-indication	5mg/kg/sem	SMJ G3	

Tableau d'aide à la décision thérapeutique, extrait

Rappel des indications agréées et/ou remboursées HGHS, par spécialité

Avastin : récapitulatif des modalités de financement dans les établissements de santé

Source : Instruction n° DGOS/PF2/DSS/2016/267 du 30/08/16	Financement en sus du GHS (liste en sus)	Financement dans le GHS	Financement idem liste en sus public : FICHCOMP privé : facturation standard	Financement via déclaration FICHCOMP ATU = Dans l'attente d'un essai clinique
Cancer du sein métastatique en première ligne en association au paclitaxel	✗	✓ RH+ initiation de traitement	✓ RH+/TNBC continuité de traitement	✓ TNBC initiation traitement
Cancer du sein métastatique en première ligne en association à la capécitabine	✗	✓ en attente du JO radiation de l'agrément coll.	✗	✗
En association à l'INF alfa-2a dans le traitement de première ligne du cancer du rein avancé et/ou métastatique (ASMR V)	✗	✓ initiation traitement	✓ continuité de traitement	
Cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules non épidermoïde, avancé et non opérable, métastatique ou en rechute, en première ligne, associé à des sels de platine	✓			
Cancer colorectal métastatique associé à une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine	✓			
Cancer épithélial de l'ovaire, trompes de Fallope ou péritonéal primitif, en première ligne, stade avancé en association au carboplatine et au paclitaxel	✓			
Cancer épithélial de l'ovaire, trompes de Fallope ou péritonéal primitif, en 1^{ère} récurrence, sensible aux sels de platine[...]	✓			
Cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, en rechute, résistant aux sels de platine, [...]	En attente JO liste en sus	✓ JO agrément coll. du 27/01/16		
Cancer du col de l'utérus persistant, en rechute ou métastatique, en association au paclitaxel + cisplatine, ou paclitaxel + topotécan chez les patientes ne pouvant recevoir un traitement à base de sels de platine	Demande d'inscription à venir	En attente du JO agrément coll.		

Information destinée aux professionnels d'établissement de santé et institutionnels régionaux

02/09/16

Tableau d'aide à la décision thérapeutique, extrait

Rappel de l'indication des anti-EGFR (CCRm) , en fonction des lignes de traitement

ERBITUX							
ERBITUX <i>Cetuximab</i>	CCRm1	IRINOTECAN	1) ERBITUX CAMPTO CURE 1 2) ERBITUX CAMPTO Entretien 3) FOLFOX/ERBITUX CURE 1 4)FOLFOX/ERBITUX/EN TRETIEEN	avec gènes Kras+ Nras sauvages	400 puis 250 mg/m ²	AMM G1	
ERBITUX <i>Cetuximab</i>	CCRm1	FOLFOX	FOLFOX/ERBITUX CURE 1 FOLFOX/ERBITUX/ENTR ETIEN	avec gènes Kras+ Nras sauvages	400 puis 250 mg/m ²	AMM G1	
ERBITUX <i>Cetuximab</i>	CCRm2	IRINOTECAN	1) ERBITUX CAMPTO CURE 1 2) ERBITUX CAMPTO Entretien 3) FOLFIRI/ERBITUX/CURE 1 4)FOLFIRI/ERBITUX/ENT RETIEEN	avec gènes Kras+ Nras sauvages	400 puis 250 mg/m ²	AMM G1	
ERBITUX <i>Cetuximab</i>	CCRme	MonoT	ERBITUX 250MG/m ² MonoT ERBITUX 500MG/m ² BIWEEKLY	avec gènes Kras+ Nras sauvages, après échec d'un traitement par OxaliPt. et Irinotecan et en cas d'intolérance à l'Irinotecan	250 mg/m ²	AMM G1	
A ce jour plus d'association Anti-EGFR (Cetuximab et Panitumumab) avec FOLFOX en CCRm 2ième ligne. Seul IRINOTECAN possible.							

Tableau d'aide à la décision thérapeutique, extrait



Rappel sur la détermination d'un statut génétique: (surexpression PDL1)

KEYTRUDA							
KEYTRUDA Pembrolizuma b	Mélanome	MonoT		en monothérapie, dans le traitement de patients adultes atteints d'un mélanome avancé (non résecable ou métastatique).	2 mg/Kg J1=21 perf 30 min	AMM G1 14/9/15	
KEYTRUDA Pembrolizuma b	CBNPCm2	MonoT	KEYTRUDA CBNPCm2	Keytruda est indiqué en monothérapie dans le traitement de première ligne des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) ≥ 1 % , sans mutations tumorales d'EGFR ou d'ALK.	2 mg/Kg J1=21 perf 30 min	AMM G1	
KEYTRUDA Pembrolizuma b	CBNPCm1	MonoT		<i>Keytruda est indiqué en monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints de CBNPC localement avancé ou métastatique dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un TPS ≥ 50 %, et ayant reçu au moins une chimiothérapie antérieure. Les patients présentant des mutations tumorales d'EGFR ou d'ALK doivent également avoir reçu une thérapie ciblée avant de recevoir Keytruda.</i>	2 mg/Kg J1=21 perf 30 min	SMJ	

Tableau d'aide à la décision thérapeutique, extrait



Rappel des indications des différentes voies d'injection (IV. / S.C.) du TRASTUZUMAB

HERCEPTIN <i>Trastuzumab</i> I.V.	ESTOMm1	5FU/Capé+CDDP	1) HERCEPTIN8MG/CD DP/FU ESTOMACC1 2) HERCEPTIN6MG/CD DP/FU ESTOMACC2	traitement de l' adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction oesogastrique, avec surexpression tumorale de HER2, en association à la capécitabine ou au 5-fluoro-uracile et au cisplatine chez les patients n'ayant pas été précédemment traité pour leur maladie métastatique.	2 mg/Kg/sem. Après dose charge, toutes les 3 semaines = 6mg/Kg	AMM G1	
HERCEPTIN <i>Trastuzumab</i> I.V. / S.C.	Sa1	DOCETAXEL + CarboPt = TCH	1) HERCEPTIN-CARBOPt-DOCETAXEL C1 2) HERCEPTIN/CARBOPt/DOCETAX=>C2	en association à une chimiothérapie adjuvante associant le docétaxel et le carboplatine	2 mg/Kg/sem. Après dose charge, Hebdo ou 3 semaines.	AMM G1	
HERCEPTIN <i>Trastuzumab</i> I.V. / S.C.	Sa2	MonoT	1) HERCEPTIN 8MG/KG 3SEM ATT_ADJ 2) HERCEPTIN 6MG/KG 3SEM_ADJ 3) HERCEPTIN HEBDO 4MG ATT_ADJ 4) HERCEPTIN HEBDO 2mg ENTRETI_ADJ	* Après chirurgie, chimiothérapie (néoadjuvante ou adjuvante) et radiothérapie (si indiquée).	2 mg/Kg/sem. Après dose charge, Hebdo ou 3 semaines.	AMM G1	

Retour d'informations: bon usage du médicament

NIVOLUMAB: CBNPC méta 2ième ligne

Traitements CHIVA NIVOLUMAB CBNPC: juillet 2015 à ce jour

Patient	Statut PD1 %	Sexe	Age	Anapath	Nbre cures NIVO	début	fin	durée (mois)	Ecart moyenne	TTT suivants I	TTT suivants II
PAT1		H	67	EP	5	24/11/2015	25/01/2016	2,5	-7,0	AUCUN	DCD
PAT2		H	79	ADK	1	01/03/2017	01/03/2017	0,5	-3,3	STOP EIG	
PAT3		H	51	ADK	8	28/07/2016	21/11/2016	4	0,2	DOCETAXEL 1cure	DCD 12/16
PAT4		F	63	ADK	4	27/07/2017		2	-1,8		
PAT5		F	52	ADK	3	09/09/2016	07/10/2016	1,5	-2,3	DOCETAXEL X 4	DCD 04/04/17
PAT6		H	70	EP	2	14/03/2017	28/03/2017	1	-2,8	AUCUN	DCD 04/17
PAT7		H	67	EP	2	26/07/2016	09/08/2016	1	-2,8	DOCETAXEL X 2	DCD 12/2016
PAT8		H	71	EP	4	03/06/2016	15/07/2016	2	-1,8	AUCUN	DCD
PAT9		H	64	EP	32	09/06/2016		16	12,2		
PAT10	10	F	71	ADK	14	03/03/2017		7	3,2		
PAT11		H	74	ADK	16	27/06/2016	17/02/2017	8	4,2	AUCUN	DCD fév 2017
PAT12		H	81	ADK	4	21/02/2017		2	-1,8		
PAT13		H	66	EP	2	27/04/2016	11/05/2016	1	-2,8	AUCUN	DCD
PAT14		F	47	ADK	3	24/01/2017		1,5	-2,3		
PAT15		H	73	ADK	2	02/06/2017		1	-2,8		
PAT16		H	62	ADK	3	24/08/2017		1,5	-2,3		
PAT17		H	63	EP	3	31/05/2017		1,5	-2,3		
PAT18		H	61	ADK	1	19/08/2016	19/08/2016	0,5	-3,3	AUCUN	DCD
PAT19		H	80	EP	1	05/12/2016	05/12/2016	0,5	-3,3	Palliatif	DCD Janv 2017
PAT20		H	55	ADK	2	24/03/2017	07/04/2017	1	-2,8		
PAT21		F	72	ADK	11	16/09/2015	03/02/2016	5,5	1,7	PEMETREXED X 1	GEMZAR X 2
PAT22		F	68	ADK	2	14/12/2016	28/12/2016	1	-2,8	AUCUN	DCD 18/2/17
PAT23		H	69	ADK	19	14/04/2016	22/12/2016	9,5	5,7	DOCETAXEL X3	
PAT24		H	51	EP	5	22/06/2016	03/08/2016	2,5	-1,3	DOCETAXEL X 2	GEMZAR X 1
PAT25		H	66	ADK	13	31/05/2016		6,5	2,7	PAUSE 10/8/16au5/5/17	Hyperthyroïdie
PAT26		F	82	ADK	3	30/06/2016	27/07/2016	1,5	-2,3	AUCUN	DCD
PAT27		H	66	EP	1	10/04/2015	10/04/2015	0,5	-3,3	AUCUN	DCD
PAT28		H	56	EP	3	29/06/2016	27/06/2016	1,5	-2,3	AUCUN	DCD
PAT29		H	82	ADK	8	12/08/2016	18/11/2016	4	0,2	PAUSE : STOP volonté patient	
PAT30		H	71	EP	18	15/02/2016	11/10/2016	9	5,2	VINORELBINE MT J1,8 X 7	DCD 01/04/2017
PAT31		F	81	EP	7	13/03/2017	06/06/2017	3,5	-0,3		
PAT32		H	78	EP	6	02/06/2016	11/08/2016	3	-0,8	EIG	VINORELBINE MonoT X 2
PAT33		F	49	ADK	3	02/06/2017		1,5	-2,3		
PAT34		F	61	ADK	8	24/02/2017	02/06/2017	4	0,2		DCD juin 2017
PAT35		F	70	EP	1	15/09/2017		0,5	-23,5		
PAT36		H	62	EP	3	04/01/2016	01/02/2016	1,5	-2,3	AUCUN	DCD
PAT37		H	79	EP	4	01/04/2016	13/05/2016	2	-1,8	GEMCITABINE X 8	NAVELBINE X3
PAT38		H	49	ADK	52	23/07/2015		24	20,2		
PAT39		H	60	ADK	19	18/01/2017		9,5	5,7		
Moyennes			66		7,6			cycles	3,8	mois TTT PD1-	
Ecart types		11	49						0,5		Chgt de TTT
		28	82		298				24		En cours
		39				MAJ:	27/09/2017				DCD

LEGENDE:

Chgt de TTT

En cours

DCD

Retour d'informations: analyse économique

Analyse dépenses H-GHS M6_2017

produit	quantite	prixachat	Valeur	Qte 2016	2016	2017-2016	% écart
ALIMTA 100,00mg	143	220,210 €	31 490,03 €	291	64 081,11 €	-32 591 €	#REF!
ALIMTA 500,00mg	94	1 047,546 €	98 469,32 €	182	190 653,37 €	-92 184 €	#REF!
AVASTIN 400,00mg	173,04	932,940 €	161 435,94 €	368,52	343 807,05 €	807 €	#REF! Baisse tarif 01/4/15
CAELYX 20 mg	15	377,627 €	5 664,41 €	72	27 189,14 €	-21 525 €	-79%
CARDIOXANE 500 mg	0	106,000 €	0,00 €	10	1 060,00 €	-1 060 €	-100%
DEPOCYTE 50 mg	0	1 612,540 €	0,00 €	4	6 450,16 €	-6 450 €	-100%
ERBITUX 500.00mg	8,57	841,222 €	7 209,27 €	38,6	32 471,17 €	-25 262 €	#REF!
GAZYVARO 1000 MG	3	3 281,550 €	9 844,65 €	0	0,00 €	9 845 €	#DIV/0!
HALAVEN 0,88mg	0	326,570 €	0,00 €	129	42 127,53 €	-42 128 €	-100%
HERCEPTIN 150,00mg I.V.	92	509,772 €	46 899,02 €	135	69 893,52 €	-22 994 €	-33% Baisse 01/4/16
HERCEPTIN S.C. 600,00mg	21	1 507,391 €	31 655,21 €	16	24 118,26 €	7 537 €	31%
JEVTANA 60mg	8	4 186,100 €	33 488,80 €	6	25 116,60 €	8 372 €	33%
KADCYLA 100 mg	0	1 835,790 €	0,00 €	0	0,00 €	0 €	#DIV/0!
KEYTRUDA 50 mg	8	1 616,750 €	12 934,00 €	0	0,00 €	12 934 €	#DIV/0!
LEVACT 25,00mg	24	72,624 €	1 742,98 €	74	5 374,18 €	-3 631 €	-68%
LEVACT 100.00mg	32	279,570 €	8 946,24 €	39	10 903,23 €	-1 957 €	-18%
LITAK 10.00mg	0	306,300 €	0,00 €	10	3 063,00 €	-3 063 €	-100%
MABTHERA 500,00mg I.V.	47,22	1 211,432 €	57 203,82 €	72,58	97 694,86 €	-40 491 €	-41% baisse 01/01/17
MABTHERA SC 1400,00mg	38	1 599,805 €	60 792,59 €	62	110 208,72 €	-49 416 €	-45% baisse 01/01/17
MUPHORAN 200,00 mg	0	512,090 €	0,00 €	0	0,00 €	0 €	#DIV/0!
NIPENT 100mg	1	882,140 €	882,14 €	5	4 410,70 €	-3 529 €	-80%
NIVOLUMAB 100mg	38,96	1 347,340 €	52 492,37 €				
NIVOLUMAB 100mg	106,25	1 169,050 €	124 211,56 €	372,3	541 666,72 €	-329 999 €	-61%
PERJETA 420mg	0	2 921,280 €	0,00 €	0	0,00 €	0 €	#DIV/0!
SAVENE 500 mg	0	926,250 €	0,00 €	0	0,00 €	0 €	#DIV/0!
TOMUDEX 2,00mg	0	153,150 €	0,00 €	0	0,00 €	0 €	#DIV/0!
TORISEL 30 mg	0	853,550 €	0,00 €	0	0,00 €	0 €	#DIV/0!
TRISENOX 30 mg	0	401,780 €	0,00 €	0	0,00 €	0 €	#DIV/0!
VECTIBIX 100,00mg	0	373,176 €	0,00 €	0	0,00 €	0 €	#DIV/0!
VECTIBIX 400,00mg	8	1 492,700 €	11 941,60 €	23	34 332,10 €	-22 391 €	#REF!
VELCADE 3,50mg	130,978	1 065,771 €	139 592,55 €	180,6	192 478,24 €	-52 886 €	#REF!
VIDAZA 100,00mg	462	309,026 €	142 770,01 €	930	293 932,31 €	0 €	0% baisse 17/05/16
ZALTRAP 100,00mg	12,45	295,290 €	3 676,36 €	25,5	7 529,90 €	-3 854 €	-51%
Total Chimios H.GHS			1 043 342,87 €		2 128 562 €	-1 085 219 €	-51%
<i>Prévision année complète:</i>						2 086 686 €	-2%
ABRAXANE 100 mg	14	245,040 €	3 430,56 €	282	69 101,28 €	-65 671 €	-95%
NIVOLUMAB 100mg	25,95	1 347,340 €	34 963,47 €	372,3	541 666,72 €	-506 703 €	-94%
DARZALEX 100MG	19,8	2 197,190 €	43 504,36 €	31,8	69 870,64 €	-26 366 €	-38%
CYRAMZA 100 mg	18,9	505,390 €	9 551,87 €	59,4	30 020,17 €	-20 468 €	-68%
JAVLOR 250mg	7,4	867,850 €	6 422,09 €	9,6	8 331,36 €	-1 909 €	-23%
			97 872,36 €		718 990,17 €		
Total Chimios H.GHS			1 141 215,23 €		2 847 552 €	-1 706 337 €	-60%
<i>Prévision année complète:</i>						2 282 430 €	-20%

Cas patients:

2 ième ligne cancer Urothélial C.I. Platine

Homme 65 ans. K urothélial pT4, grade élevé -

RCP du 05/10/2017:

Etat général conservé, OMS1-2, Asymptomatique mais reprise évolutive avec apparition de métastase pulmonaire. Allergie CARBOPLATINE. Surtoxicité hématologique du CARBOPLATINE GEMZAR (10 cycles).

Quel traitement ?

M-VAC : I.Rénale: Créat= 130 μ mole/L

Immunothérapie **ATEZOLIZUMAB** ?

ANSM: compte rendu de séance du 19/01/2017:

Commission d'évaluation initiale du rapport entre les bénéfices et les risques des produits de santé

La Commission, après en avoir délibéré, s'est exprimée, par 1 voix pour et 7 voix contre sur la mise à disposition d'atezolizumab dans le cadre d'une ATU de cohorte dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome urothélial localement avancé ou métastatique après une chimiothérapie antérieure ou considérés inéligibles au cisplatine.

Vinflunine (JAVLOR): adaptation possible à l'I.R. 320 mg/m² / 280 mg/m² (40-60 ml/min) / / 250 mg/m² (20-40 ml/min)

Cas patients:

2 ième ligne cancer Vessie métastatique

Homme 73 ans RCP 02/03/2017. S.C. = 1,92 m²

6 MVAC en 2013. 2 ans rémission puis 5 MVAC en 2016, puis 10 mois rémission.
Cette C.T. marche potentiellement donc pourrait être reconduite si dose cumulée DOXORUBICINE non atteinte.

Intervention du pharmacien pendant la RCP: *contrôle sur logiciel prescription et calcul:*

-Dose théorique: 550mG x 1,92= 1056 mG

-Dose effectivement reçue: 609 mG (57 mg / cures + 1 concession poso.)

-Encore possibilité de 400 MG soit environ 7 cures.

Idée de départ oncologue VINFLUNINE (JAVLOR): « *Javlor est indiqué en monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints de carcinome urothélial à cellules transitionnelles avancé ou métastatique après échec d'un traitement préalable à base de platine.* »

Evaluation économique: 300mg/m² = 576 mg = 2,3 flacons X 867,85 € = 1996 € / cycles X 6 # 12 000€

Cas patients:

AVASTIN et Ovaire métastatique 1 ère ligne

Rectification de la durée de traitement: RCP 30/3/17 et 18/5/17 AU. J.

Femme 79 ans. Cancer Ovaire métastatique. C.T. de première ligne.

Décision Oncologue selon AMM: « *Bevacizumab, en association au carboplatine et au paclitaxel, est indiqué en traitement de première ligne des stades avancés (stades FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique) III B, III C et IV) du cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif chez des patientes adultes* »

Traitement proposé: 6 cures AVASTIN/ CARBOPLATINE / PACLITAXEL +
entretien **18 mois** AVASTIN monothérapie

Intervention du pharmacien: AMM précise 15mois:

« *Traitement de première ligne : Avastin est administré en association au carboplatine et au paclitaxel jusqu'à 6 cycles de traitement, suivis d'Avastin en monothérapie en continu jusqu'à progression de la maladie **ou jusqu'à 15 mois maximum** ou jusqu'à toxicité inacceptable, selon ce qui survient en premier.*

Avastin est recommandé à la posologie de 15 mg/kg de poids corporel administré une fois toutes les 3 semaines, en perfusion intraveineuse »

Gain 3 à 4 injections: économie 2 800 à 3 733 €

Cas patients:

PANITUMUMAB 5^{ième} ligne métastatique

Associations et monothérapie.

Mme M. 66 ans. Cancer Colorectal angle gauche métastatique (foie) découverte

04/2013 - pT2NoM1 wKras/Nras.

- 6 ERBITUX/FOLFOX (**néoAdj**) - **Chir.** (colon + RF Foie) - 6 FOLFOX **adj.**

- 9 mois + tard: **méta.** hépatique + pulmonaire wild type, AVASTIN/FOLFIRI, puis AVASTIN/XELODA pour tolérance (16mois en tout). Évolutivité pulm. : VECTIBIX/FOLFIRI. Maladie stable. Relais XELODA (AMM VECTIBIX monot.), 6 mois. Reprise évolutive: **VECTIBIX/FOLFOX**. 3 cures -Allergie OXALIPLATINE

RCP du 13/07/2017

Proposition Oncologue : Vectibix / LV5FU2

Intervention du pharmacien: **AMM VECTIBIX**: « en seconde ligne en association avec un protocole FOLFIRI pour les patients qui ont reçu en première ligne un protocole de chimiothérapie à base de fluoropyrimidine (excluant l'irinotécan) ;

en monothérapie après échec des protocoles de chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, oxaliplatine et irinotécan » **Question posée à info. Médicale du laboratoire, en mars 2016: après analyse des bases internationales aucune donnée pertinente à l'association avec LV5FU2**

Décision: **VECTIBIX monothérapie**

Cas patients:

NAB_PACLITAXEL (ABRAXANE) et cancer Pancréas métastatique

Intérêt des 2 Oncologues pour l'utilisation de cette spécialité au vu des résultats de l'étude: MPACT *Daniel D. Von Hoff N.E. J.Med 369;18 nejm.org october 31, 2013*

Discussion en commission d'évaluation des dépenses avec cellule de gestion financière de l'établissement: **69 101 € en 2016**, incluse dans le GHS.

Accord pour réaliser cette dépense, à condition d'une validation **médico-pharmaceutique en RCP** :

« *Abraxane en association avec la gemcitabine est indiqué dans le traitement de première ligne de l'adénocarcinome du pancréas métastatique chez les patients adultes.* »

Autre étude: identifie facteurs pronostics

nab-Paclitaxel plus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer: long-term survival from a phase III trial.

Goldstein D¹, et al. J Natl Cancer Inst. 2015 Jan 31;107(2). pii: dju413. doi: 10.1093/jnci/dju413. Print 2015 Feb

« *...Long-term (>three-year) survivors were identified in the nab-paclitaxel plus gemcitabine arm only (4%). In pooled treatment arm analyses, **higher CA19-9 level and NLR** at baseline were statistically significantly associated with worse OS. There appeared to be a treatment effect for OS favoring nab-paclitaxel plus gemcitabine over gemcitabine alone in poor-prognosis subgroups defined by these factors ...* »

Retour d'informations bon usage du médicament

ABRAXANE: ADK Pancréas méta 1 ligne

Période: 09/03/2015 - 29/12/2016

	Sexe	Age	Nbre Inj. GEMCITABINE/AB RAXANE	début	fin	durée (mois)	TTT suivants I	TTT suivants II
PAT1	H	67	31	22/02/2016	12/01/2017	11	FOLFIRI	
PAT2	H	71	2	02/08/2016	09/08/2016	0,5		
PAT3	F	71	12	02/12/2015	11/05/2016	6		
PAT4	H	61	4	03/06/2016	15/07/2016	2		
PAT5	H	70	12	16/03/2016	10/08/2016	6		
PAT6	H	68	27	12/08/2015	04/10/2016	14		16 mois
PAT7	H	56	8	13/01/2015	26/03/2015	3	12 FOLFIRINOX 29/9/2015 (6 mois)=9 mois	
PAT8	F	71	25	12/03/2015	28/12/2015	9	10 FOLFIRINOX 09/06/2016 (6 mois)=15 mois	
PAT9	F	79	16	05/01/2016	07/07/2016	6	12 FOLFIRINOX 24/03/2016 (6 mois)+ 1GEMC. 22/08/2016 (5 mois)	
PAT10	F	71	12	01/07/2015	31/12/2015	6		= 11 mois
PAT11	F	75	8	21/06/2016	24/08/2016	2		
PAT12	H	61	18	12/05/2015	17/12/2015	7		
PAT13	F	60	18	16/12/2015	18/05/2016	6	9 FOLFIRINOX 09/11/2016 (6 mois)+ 3 FOLFIRI=17 mois DCD: 07/2017	
PAT14	H	75	14	13/06/2016	31/01/2017	7	Surveillance	
PAT15	H	67	1	09/03/2015	09/03/2015	0,5		
PAT16	H	68	41	22/05/2015	25/10/2016	17	3 FOLFIRINOX en cours = 19 mois	
PAT17	H	77	10	28/07/2015	01/10/2015	3		

LEGENDE:

			Nbres injections			
Moyennes	69	15,2		5,1	6,2	mois
Ecart types	56	0,5			0,25	
	79	41			17	

Changement TTT

En cours

DCD

6 F
11 H

17 patients

Cas patients:

ESTOMAC - adjuvant

Homme 78 ans Cancer de l'ESTOMAC opéré, nécessité d'un traitement adjuvant par FOLFOX .

- **Question des oncologues** RCP du 12/10/17: combien de cycles en adjuvant ?

- **Recherche du pharmacien dans la documentation:** « **Recommandations de la SNFGE: Société savante Médicale Française d'Hépatogastrologie: 27/10/2015 Pr. Pierre Michel CHU Rouen et al. & 2,4,1 Traitement des formes localisées:**

« ... une chimiothérapie à base de 5 FU chez les patients non prétraités en préopératoire et présentant un envahissement ganglionnaire (recommandation: grade B). La durée proposée est de **6 mois**. La chimiothérapie peut associer LV5FU2 et OXALIPLATINE »

Réponse apportée directement en RCP = **gain de temps !!**

Cas patients:

ESTOMAC – palliatif

Homme 77 ans, ADK lieberkhunien fundique localement avancé, non méta. Indication théorique Néo adjuvant FOLFOX ou FLOT, mais fragilité, et résécabilité ? Polyradiculonévrite, donc Pt. contre indiqué.

- **Question des oncologues** RCP du 31/08/17: Chimiothérapie ou non?
- **Recherche du pharmacien dans la documentation:** « **Recommandations de la SNFGE: Société savante Médicale Française d'Hépatogastrologie: 27/10/2015 Pr. Pierre Michel CHU Rouen et al. & 2,4,1 Traitement des formes localisées:**
« ... *Formes localement avancées non résécables: non validé, mais phase II + méta-analyse de 17 études (3838 patients): bénéfique de la chimiothérapie à base de 5FU vs surveillance....* »
- **Décision** : 6 LV25FU

Réponse apportée directement en RCP = **gain de temps !!**

Cas patients:

Chimiothérapie Orale

Femme 78 ans Cancer de l'ESTOMAC opéré, nécessité d'un traitement adjuvant par FOLFOX .

- **Question des oncologues** RCP du 12/10/17: combien de cycles en adjuvant ?

- **Recherche du pharmacien dans la documentation:** « **Recommandations de la SNFGE: Société savante Médicale Française d'Hépatogastrologie: 27/10/2015 Pr. Pierre Michel CHU Rouen et al. & 2,4,1 Traitement des formes localisées:**

« ... une chimiothérapie à base de 5 FU chez les patients non prétraités en préopératoire et présentant un envahissement ganglionnaire (recommandation: grade B). La durée proposée est de **6 mois**. La chimiothérapie peut associer LV5FU2 et OXALIPLATINE »

Réponse apportée directement en RCP = **gain de temps !!**

Gain de temps sur la validation des protocoles

Connexion au logiciel de prescription des chimiothérapies en RCP

- **RCP du 10/08/2017: Monsieur R.**
progression sous FOLFOX4, suppression en direct des cures restantes dans le logiciel de prescription, grâce à une connexion du pharmacien présent en RCP.
- Connexion du pharmacien, pour suivi des historiques patients

Gain de temps et évite des erreurs de protocoles à venir vs pharmacien non averti (défaut de communication fréquent)

Gain de temps sur la validation des protocoles

Mais aussi: en marge des Chimiothérapie: DM du domaine pharmaceutique

- RCP du 10/08/2017: Madame C. 86 ans

Besoin de DM: Adénocarcinome séro-papillaire diagnostiqué en 2013 pT2pNoMo. chir. +chimio adj.: CARBO/Paclitaxel Découverte lors de la surveillance d'une image pulmonaire hilaire.

Discussion en RCP de la nécessité de faire une biopsie pulmonaire, avec un « **trocart BOUTIN ponction pleurale 2 mm** » spécifique, sur demande des pneumologues.

Pharmacien présent en RCP, transmet le jour même la commande, à son homologue en charge des DMs.

Gain de temps et précisions technique importantes pour le pharmacien en charge de la commande de D.M.

Autres interventions ou conseils pharmaceutiques



- **Médicaments associés** au traitement actif du cancer: GCSF, EPO, antiémétiques, corticoïdes, formation à l'analyse d'interactions en ligne dans le Vidal
- **Questions sur E.I.**: Thérapies ciblées, ...
- **Lien hôpital-ville**:
- **Futur**: plateforme d'échange informatique des traitements partagés Groupe travail ONCOMIP. Consultation directe en RCP ?

Valorisation économique de l'action pharmaceutique en RCP

Tentative d'évaluation: *hypothèse non validée*

- Si on se base sur le coût moyen d'une thérapie onéreuse (liste hors GHS ou autre)

Coût moyen / cure # 1 000 €, (> pour immunothérapie).

- Pour 1 RCP donnée, si on émet l'hypothèse, que l'intervention pharmaceutique propose une autre alternative thérapeutique optimisée au regard des RBU, à la fréquence de 1 fois/ mois,
- si l'on considère que 1 prescription d'un cycle de chimiothérapie incluant ce type de molécule, va comporter, en moyenne, 4 injections (hypothèse modérée),
- On obtient : $1\ 000\ € \times 4 \times 12 = 48\ 000\ € / \text{an} / \text{RCP}$
- Il y environ 30 RCP publiques et privées (hors RCP de recours), en ex-Midi-Pyrénées
- D'où l'extrapolation suivante : $48\ 000 \times 30 = 1\ 440\ 000\ € / \text{an}$

Merci de votre attention