

## SYNTHESE DU SUIVI POST-CAR T CELLS A PARTIR DE M1 EN CENTRE QUALIFIE (◆) OU EN CENTRE PERIPHERIQUE (▲)

Date de publication : 2024

Version : GTHémato-PostCARTCells-2023-V1

**M1 / M3 / M6 / M12 / M18 / 2 ans / 3 ans / 4 ans / 5 ans / 10 ans / 15 ans (Suivi registre DESCAR T)**

### SUIVI ENTRE M1 et M3 PUIS AU DELA DE M3

	CP ▲ ou CQ ◆	CP ▲ ou CQ ◆
	<b>Consultation mensuelle de M1 à M3</b>	<b>Consultation &gt; M3</b> Selon le calendrier de suivi DESCAR T (M6 / M12 / M18 / 2 ans / 3 ans / 4 ans / 5 ans / 10 ans / 15 ans) et si médicalement indiqué
<b>Suivi clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Statut OMS</li> <li>✓ Complications</li> <li>✓ Toxicités avec grade</li> <li>✓ Supports transfusionnels (nombre)</li> <li>✓ Traitements de support</li> </ul>	
<b>Suivi biologique</b>	Hebdomadaire à bimensuel en fonction des cytopénies	A chaque visite et si cliniquement indiqué
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ NFS</li> <li>✓ Fibrinogène</li> <li>✓ Biochimie complète</li> <li>✓ CRP</li> <li>✓ LDH</li> <li>✓ Électrophorèse des protéines sériques</li> <li>✓ Dosage pondéral des immunoglobulines</li> <li>✓ Populations lymphocytaires</li> </ul>	
	<b>Appels téléphoniques entrant si nécessaires</b>	
<b>Vérifications des ordonnances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prophylaxie anti-infectieuse</li> <li>✓ Prophylaxie facteurs de croissance</li> <li>✓ Vaccination</li> </ul>	
<b>Questionnaire de qualité de vie en fonction de l'indication du CAR T cells</b>	Si Accès Précoce	Transmis par le centre qualifié ◆ en fonction de l'indication du CAR T cells

<b>Registre DESCART</b>	A remplir (cf : informations nécessaires listées dans le compte-rendu type)	Compte rendu à adresser au centre qualifié  pour remplissage du registre DESCAR-T
<b>Suivi radiologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TEP-scanner à M1 <u>en centre qualifié</u> ou en centre périphérique avec relecture en centre qualifié :</li> <li>✓ Si réponse complète : contrôle à M3.</li> <li>✓ Si réponse partielle ou maladie stable : contrôle à M2 puis M3.</li> </ul> <p>Transfert des imageries entre centre qualifié  et centre périphérique  +++</p> <p>Discussion du suivi radiologique dans le centre périphérique  à M6 et M12</p>	TEP-scanner à M6 et M12
<b>Suivi des patients en réponse partielle ou des patients en progression</b>	Si réponse partielle ou en progression > M3 : RCP en centre qualifié  et traitement à envisager dans le centre périphérique  sauf si essai clinique disponible	

## SUIVI COMMUN QUEL QUE SOIT LE MOMENT

### Gestion des cytopénies retardées/prolongées

- ✓ Seuils transfusionnels pour culots globulaires et plaquettaires cliniquement adaptés au patient
  -  Produits sanguins irradiés pendant 12 mois
- ✓ Neutropénie grade 4 : G-CSF 5µg/kg x 3 par semaine ou forme pégylée (6mg) tous les 15 jours
- ✓ EPO (30000UI-60000UI/semaine)
- ✓ Arrêt du SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIME et myélogramme en fonction de la profondeur et la durée des cytopénies.

### Substitution par Immunoglobulines Polyvalentes

- ✓ Surveillance mensuelle pendant 6 mois, puis en fonction de l'évolution tous les 3 mois
- ✓ Si gammaglobulines < 4g/L et complications infectieuses, IV Ig 0,2 à 0,4g/kg toutes les 3-4 semaines

### Prophylaxie antiinfectieuse

- ✓ SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIME 800/160mg : 1 comprimé x 3 par semaine pendant au moins 1 an,
- ✓ Si allergie : ATOVAQUONE 750mg x 2 par jour ou PENTACARINAT aérosol 300mg 1 fois par mois.
- ✓ VALACICLOVIR 500mg x 2 par jour pendant au moins 1 an
- ✓ Suivi des CD4
- ✓ Prophylaxie antifongique POSACONAZOLE à considérer si neutropénie profonde et prolongée

### Vaccination

- ✓ Dès 3 mois : grippe et SARS-CoV2
- ✓ Entre 3 et 6 mois :
  - INFANRIX
  - PREVENAR.

Vacciner l'entourage.

### Cancers secondaires

- ✓ Contacter le centre qualifié pour conduite à tenir

### Evènements indésirables

- ✓ Déclarer tout évènement indésirable au CRPV

### Suivi des patients traités par CAR T cells dans le registre DESCAR-T

- ✓ Informations à reporter dans le compte-rendu type à adresser au centre qualifié
- ✓ Informations à collecter à M1 / M3 / M6 / M12 / M18 / 2 ans / 3 ans / 4 ans / 5 ans / 10 ans / 15 ans
- ✓ Suivi des questionnaires de qualités de vie dans le cadre des accès précoces réalisé par le centre qualifié directement avec le patient : à valider entre centre qualifié et centre périphérique

### Références bibliographiques :

- Hayden PJ et al. [Management of adults and children receiving CAR T-cell therapy: 2021 best practice recommendations of the European Society for Blood and Marrow Transplantation \(EBMT\) and the Joint Accreditation Committee of ISCT and EBMT \(JACIE\) and the European Haematology Association \(EHA\)](#). Ann Oncology ; 33 : 259-275 ; 2022.
- Rejeski K et al. [Immune effector cell-associated hematotoxicity: EHA/EBMT consensus grading and best practice recommendations](#). Blood ; vol 142 : 865-877 ; 2023.

**COMPTE RENDU TYPE SUIVI CAR T CELLS A TRANSMETTRE AU CENTRE QUALIFIE  
M1 / M3 / M6 / M12 / M18 / 2 ans / 3 ans / 4 ans / 5 ans / 10 ans/ 15 ans**

**COORDONNEES DU PATIENT :**

Nom / prénom / âge :

**SUIVI POST CAR T :** Mois XX

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

XXXXXX

**ÉVENEMENTS RECENTS :**

**Cytopénies** : date de début, grade

**EPO** : date de fin ou en cours

**Transfusion sanguine** : date de fin ou en cours

**Transfusion de plaquettes** : date de fin ou en cours

**G-CSF** : date de fin ou en cours

**Complications infectieuses** : date début et fin de l'infection, grade, source de l'infection, agent pathogène et traitement

**Substitution en immunoglobulines** :

**ICANS** :

**Autres** :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

**Statut du patient**

**OMS**

**Syndrome tumoral**

**Éléments pertinents de l'examen**

**SUR LE PLAN BIOLOGIQUE :**

**NFS**

**Fibrinogène**

**Ionogramme**

**Créatinine**

**Calcium**

**Phosphore**

**Bilan hépatique**

**CRP**

**Électrophorèse des protéines sériques** : albumine, gammaglobuline

**Dosage pondéral IgG, IgA, IgM**

**Populations lymphocytaires** : CD4, CD8, CD19, CD56

**SUR LE PLAN ICONOGRAPHIQUE :**

**TEP-Scanner M6, M12**

**Si Progression** (date de progression et OMS à la progression) :

Diagnostic au moment de la progression

**TRAITEMENTS LIES A UNE PROGRESSION :**

Date début et fin

Evaluation de la réponse (date et méthode : scanner, TEP-Scanner, ...)

**TRAITEMENTS NON LIES A UNE PROGRESSION :**

**DECES :**

Date et cause du décès,

Réponse du lymphome au moment du décès

**CANCERS SECONDAIRES :**

Contacteur le laboratoire

**SYNTHESE :**