

Mieux comprendre  
**SUTENT**<sup>®</sup> (Sunitinib Malate)  
dans le traitement des **GIST**  
(Tumeurs stromales gastro-intestinales)

- Cette brochure vous aidera à mieux comprendre l'intérêt de **SUTENT**<sup>®</sup> dans le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales
- **SUTENT**<sup>®</sup> (sunitinib) est indiqué dans le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes non résécables et/ou métastatiques après échec d'un traitement par le mésylate d'imatinib (GLIVEC) dû à une résistance ou à une intolérance



“  
**V**otre médecin vient de vous prescrire SUTENT® pour traiter votre maladie. Il vous en a exposé les bénéfices et les éventuelles contraintes. Au cours des prochaines semaines et pendant toute la durée de votre traitement, lui et son équipe vont vous suivre et vous accompagner.

Afin d'optimiser au mieux le suivi de votre traitement, nous pensons qu'il est important que vous soyez informés le plus précisément possible des modalités pratiques de votre traitement et des possibles effets indésirables qui lui sont associés.

De plus, il est indispensable que vous puissiez faire part à votre médecin des symptômes éventuellement observés pendant votre traitement. En effet ces informations seront précieuses pour votre médecin, afin qu'il puisse mieux vous prendre en charge, voire adapter votre traitement si nécessaire.

Pour vous y aider, nous avons entrepris la réalisation de ce livret destiné à vous informer au mieux sur **les aspects pratiques de votre traitement** et vous offrir **un espace où vous pouvez participer activement à votre traitement**.

Il est également destiné à **faciliter le lien entre les équipes hospitalières, le médecin traitant et la famille**.

Vous trouverez également dans ce livret les coordonnées des **associations de patients** actives dans le domaine des tumeurs stromales gastro-intestinales.

**Nous espérons que ce livret vous aidera à mieux comprendre votre traitement et mieux gérer votre maladie au quotidien.**

”

# SOMMAIRE

**I. Mes contacts & numéros importants**

5

**II. Qu'est-ce que le cancer ?**

6

**III. Qu'est-ce que les GIST ?**

7

**IV. Angiogénèse, prolifération & intérêt de SUTENT®**

8

**V. SUTENT®**

9

▶ Qu'est-ce que c'est ?

▶ Comment se déroule le traitement ?

▶ Comment prendre le traitement ?

▶ Quelles précautions prendre ?

▶ Quelle surveillance et quelle durée de traitement ?

**VI. Conduite à tenir face aux effets indésirables**

13

**VII. Suivi de votre traitement**

25

**VIII. Associations de Patients**

46

**IX. Mes prochains rendez-vous**

47

# MES CONTACTS & NUMÉROS IMPORTANTS

## ▶ PERSONNEL

- **Nom :** .....
- **Prénom :** .....
- **Adresse :** .....  
.....
- **Téléphone :** .....

## ▶ MÉDECIN TRAITANT

Tel : .....

## ▶ PSYCHOLOGUE

Tel : .....

## ▶ INFIRMIÈRE

Tel : .....

## ▶ DIÉTÉTICIENNE

Tel : .....

## ▶ PHARMACIEN

Tel : .....

## ▶ NÉPHROLOGUE

Tel : .....

## ▶ MÉDECIN ONCOLOGUE

Tel : .....

## ▶ NUMÉROS D'URGENCE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

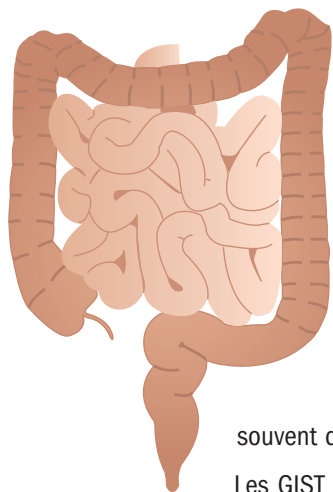
# QU'EST-CE QUE LE CANCER ?

Le corps humain est composé d'organes eux-mêmes constitués de cellules. Chaque cellule est une unité avec une fonction spécifique et une durée de vie précise. Lorsqu'elle est endommagée et qu'elle ne peut plus assurer normalement son travail, elle meurt et est remplacée par une nouvelle cellule. Cet équilibre permanent permet aux organes de se renouveler sans cesse, tout en leur permettant d'assurer leur activité normale constante.

Dans certains cas, des **groupes de cellules devenues anormales** ne suivent pas le destin qui leur était assigné. Elles se multiplient tout en gardant leurs anomalies : elles **prolifèrent**. Ce développement anarchique aboutit à la formation d'une **tumeur**. Lorsque la tumeur acquiert la capacité d'envahir les tissus environnants, elle prend le nom de **cancer**.

Progressivement la cellule cancéreuse prend la place des cellules normales et désorganise l'architecture des organes. A terme, elles diminuent ou détruisent le fonctionnement normal des organes touchés. Elles acquièrent aussi la possibilité de se disséminer dans le corps humain et de former de nouveaux foyers de tumeur appelés **métastases**.

# QU'EST-CE QUE LES TUMEURS STROMALES GASTRO-INTESTINALES (GIST) ?



Les **GIST** représentent une des **tumeurs de l'appareil digestif très rares** se développant à partir de la paroi externe du tube digestif (tissu conjonctif) et non des glandes situées sur la paroi interne (le plus fréquent).

Elles représentent **moins de 1 % de l'ensemble des tumeurs digestives malignes** et font partie de la famille **des sarcomes** (10 % de l'ensemble des sarcomes).

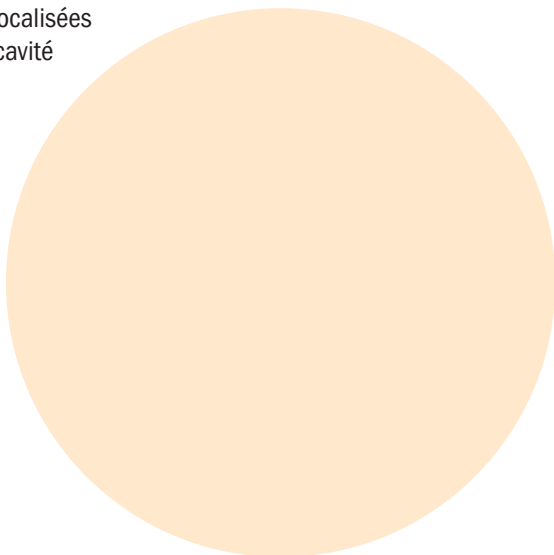
Plus spécifiquement, les GIST sont des sarcomes des tissus mous.

Les GIST peuvent survenir dans presque toutes les parties de l'appareil digestif, mais elles se développent le plus souvent dans **l'estomac ou l'intestin grêle**.

Les GIST se développent le plus souvent isolément. Cependant des cellules cancéreuses peuvent passer dans le système sanguin et s'étendre à d'autres parties de l'organisme.

De nouvelles tumeurs peuvent alors se développer dans d'autres organes. C'est ce que l'on appelle des **métastases**.

Ces métastases sont le plus souvent localisées au niveau du foie et au niveau de la cavité abdominale.



# ANGIOGÉNÈSE, PROLIFÉRATION & INTÉRÊT DE SUTENT®

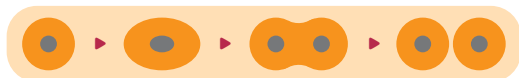
SUTENT® peut ralentir ou arrêter le développement du cancer en bloquant deux processus de base intervenant dans la croissance et l'extension de la tumeur. Ces deux processus sont appelés la **prolifération tumorale et l'angiogénèse**.

## LA PROLIFÉRATION

C'est un processus physiologique correspondant au moment où une cellule se divise, créant ainsi deux cellules.

Comme les autres cellules de votre corps, les cellules cancéreuses se divisent aussi. La seule différence pour les cellules cancéreuses est que ces dernières se développent en grande quantité et plus vite qu'elles ne le devraient formant ainsi une tumeur. Le traitement par SUTENT® peut permettre de ralentir ce processus.

## ÉTAPES DE LA PROLIFÉRATION

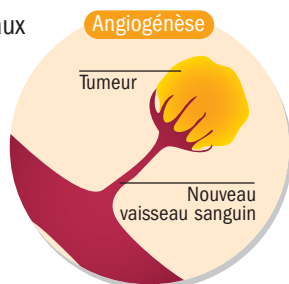


## L'ANGIOGÉNÈSE

C'est une étape correspondant à la formation de nouveaux vaisseaux sanguins.

Ces nouveaux vaisseaux sanguins véhiculent des substances nutritives et de l'oxygène nécessaires à la croissance des tumeurs.

Ce traitement agit en inhibant le développement de ce processus. Il va donc induire une « asphyxie » de la tumeur.



**SUTENT® est donc un traitement qui va agir en inhibant les signaux favorisant le processus de prolifération tumorale et l'angiogénèse.**

**Sans ces deux processus, les tumeurs ne peuvent plus se développer.**

# SUTENT®

## QU'EST-CE QUE C'EST ?

SUTENT® est un traitement **anti-cancéreux qui s'administre par voie orale** et dont l'action consiste à bloquer la production de tyrosines kinases qui sont impliquées dans les processus de croissance des vaisseaux sanguins et des cellules.

SUTENT® agit en **bloquant 2 processus intervenant dans la croissance et l'extension de la tumeur :**

- ① En empêchant la formation de nouveaux vaisseaux nécessaires au développement de la tumeur, ce que l'on appelle l' « **angiogénèse** ».
- ② En ralentissant le processus de multiplication anormal des cellules tumorales, ce que l'on appelle la « **prolifération** ».

SUTENT® a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2006, dans **le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) malignes non résécables et/ou métastatiques**, après échec d'un traitement par le GLIVEC® dû à une résistance ou à une intolérance.

Ce traitement est disponible sur **prescription médicale hospitalière auprès de spécialistes** tels que les oncologues ou médecins compétents en oncologie.

**Une surveillance particulière est nécessaire au cours du traitement.**

Si votre médecin vous a prescrit ce traitement c'est qu'il pense qu'il est le plus approprié pour prendre en charge votre maladie.

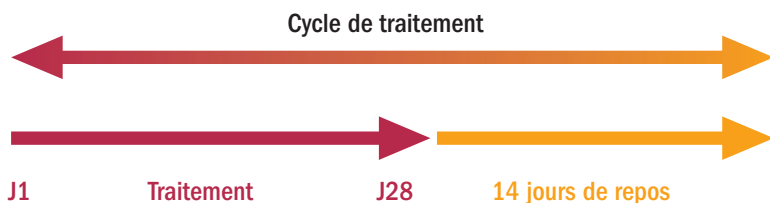


## COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT SOUS SUTENT® ?

Le traitement sous SUTENT® se déroule par cycles.

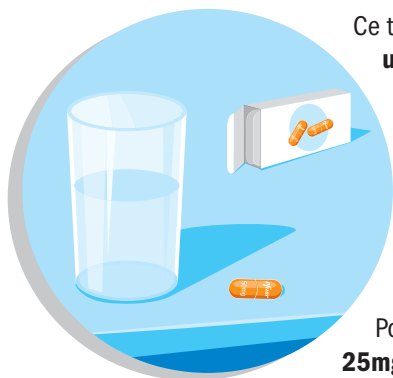
**Chaque cycle dure systématiquement 6 semaines** et s'organise de la façon suivante : **4 semaines consécutives (J1-J28) de prise de traitement + 2 semaines consécutives de repos.**

Les cycles se succèdent de manière identique au cours du temps.



## COMMENT PRENDRE LE TRAITEMENT ?

La posologie initiale la plus souvent prescrite est **une gélule de 50 mg en 1 prise par jour selon le schéma évoqué ci-dessus.**



Ce traitement peut être pris **avec ou sans nourriture avec un grand verre d'eau de préférence à heure fixe.**

La posologie prescrite est indépendante de votre poids ou de votre taille. Elle pourra être modifiée tout au long de votre traitement si votre médecin le juge utile, en fonction notamment de votre tolérance individuelle au traitement.

Pour se faire, il existe **3 dosages de SUTENT® (50mg, 25mg et 12,5mg)**, tous conditionnés dans un flacon sécurisé blanc qui contient 30 gélules.

- ▶ **Ne pas ouvrir les gélules**
- ▶ **Assurez-vous que votre flacon de SUTENT® reste hors de portée des enfants.**

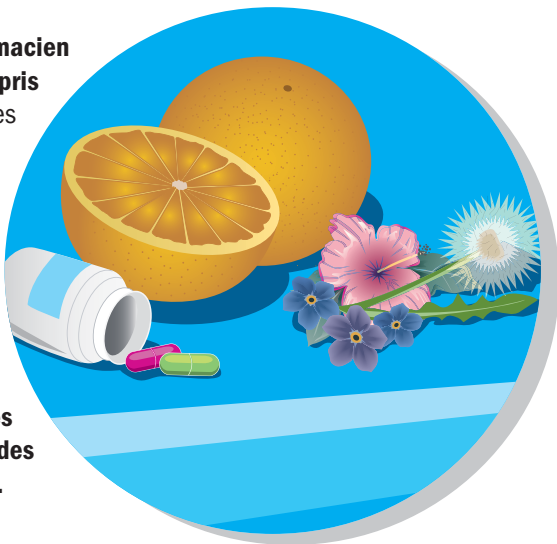
## QUELLES PRÉCAUTIONS PRENDRE ?

**Certains médicaments peuvent interagir avec SUTENT®**, la liste se trouve à la fin de ce livret. Si vous êtes amené à consulter d'autres médecins, ne manquez pas de les informer que vous êtes traité par SUTENT®.

**Informez votre médecin et/ou pharmacien si vous prenez ou avez récemment pris d'autres médicaments**, y compris des médicaments en vente libre ou des produits à base de plante.

D'un point de vue alimentaire, seul **le pamplemousse peut interagir avec les enzymes qui métabolisent SUTENT®**.

**Ne prenez pas SUTENT® si vous êtes allergique au sunitinib ou à l'un des excipients contenus dans SUTENT®.**



► **En cas de prise de SUTENT® oubliée, celle-ci ne doit pas être compensée le lendemain. Prendre la dose habituellement prescrite le jour suivant.**

## QUELLE SURVEILLANCE ET QUELLE DURÉE DE TRAITEMENT ?

Le traitement est initié par votre cancérologue ou médecin compétent en cancérologie. Sa durée totale est variable et dépend de chaque patient. Votre cancérologue vous prescrira les **examens nécessaires avant instauration et au cours du traitement** par SUTENT®.

La surveillance de votre traitement pourra comprendre les examens suivants :

- **un bilan cardiovasculaire,**
- **une prise de sang et une analyse d'urine avant, au milieu et à la fin de vos deux premiers cycles de traitement,**
- **une évaluation régulière de votre tension artérielle tout au long de votre traitement.**

Les résultats de ces examens ainsi que les éléments que vous aurez portés à la connaissance de l'équipe médicale pourront, si votre médecin le juge utile, entraîner une adaptation du traitement.

### À RETENIR

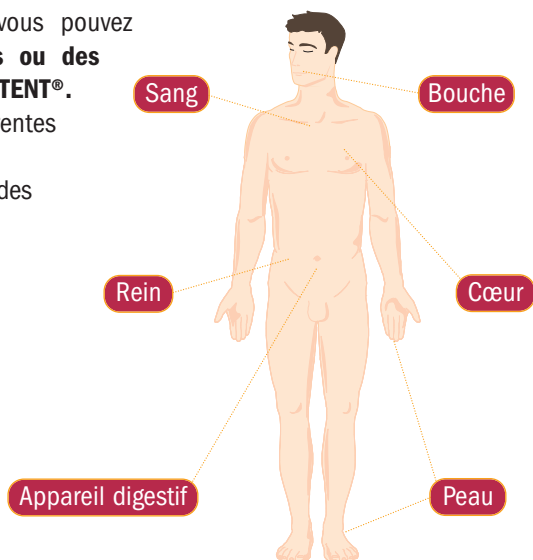
- ▶ **Suivre attentivement les conseils et recommandations de votre médecin sur la prise de votre traitement.**
- ▶ **Garder votre traitement hors de portée des enfants.**
- ▶ **Prendre chaque jour la gélule.**
- ▶ **Ne pas ouvrir la gélule.**
- ▶ **Prendre la gélule avec un grand verre d'eau.**
- ▶ **Vous pouvez prendre votre traitement à n'importe quel moment de la journée, pendant ou en dehors des repas.**
- ▶ **Si vous oubliez de prendre votre gélule un jour, n'essayez pas de « rattraper » cet oubli en prenant 2 gélules à la fois mais prendre la dose habituellement prescrite le jour suivant.**
- ▶ **Ne pas boire de jus de pamplemousse ou manger du pamplemousse si vous êtes sous SUTENT®.**
- ▶ **Informez votre médecin de tout traitement, vitamines, plantes médicinales que vous prenez de façon régulière ou ponctuelle.**
- ▶ **Communiquer à votre médecin toute apparition d'effets indésirables.**

# CONDUITE À TENIR FACE AUX EFFETS INDÉSIRABLES

Comme avec tout médicament, vous pouvez présenter des **effets indésirables ou des réactions non souhaitées avec SUTENT®**.

SUTENT® peut occasionner différentes sortes d'effets indésirables.

Le schéma ci-contre reprend les grandes cibles de ces effets indésirables.



Les effets indésirables **connus et les plus fréquemment rapportés** (chez plus de 20% des patients) sous SUTENT® sont :

- **Fatigue**
- **Troubles gastro-intestinaux**
  - Diarrhées, nausées, vomissements, reflux acides ou brûlures d'estomac
  - Inflammation de la bouche : stomatites, mucites (aphtes)
- **Modifications de la peau et des cheveux**
- **Perte d'appétit, altération du goût**
- **Hypertension artérielle et troubles cardiovasculaires**
- **Neutropénie (diminution du nombre de globules blancs) et autres anomalies du sang**

Dès le début du traitement, des effets indésirables peuvent apparaître.

D'un individu à l'autre, certains effets pourront se révéler plus sévères que d'autres.

- ▶ **N'hésitez pas à noter tous les symptômes et les signes que vous observez sous traitement dans ce livret. Certains effets indésirables peuvent nécessiter l'intervention de votre médecin et/ou l'instauration d'un traitement rapide.**
- ▶ **Il est important que vous communiquiez, dès que possible, à votre médecin toute apparition, modification ou augmentation de ces effets indésirables.**

## LA FATIGUE

Cette sensation de fatigue est « normale » à la fin d'une journée d'activité. Votre organisme dépense beaucoup d'énergie pour lutter contre votre maladie. Votre traitement peut également entraîner une fatigue.

**Après 14 jours de traitement, certains patients décrivent une fatigue plus importante.** Elle peut se traduire par un **affaiblissement ou une sensation de fatigue générale.** Dans certains cas exceptionnels, elle peut vous obliger à rester alité. **Cette fatigue disparaît le plus souvent quelques jours après l'interruption du traitement.**

► **En cas de fatigue persistante, informer votre médecin. D'autres facteurs comme une carence en vitamines ou folates, une diminution des globules rouges, ou un trouble de la fonction thyroïdienne peuvent également générer de la fatigue. Votre médecin vous prescrira des examens complémentaires pour en détecter la cause et si nécessaire ajustera la posologie de votre traitement par SUTENT®.**

### CONSEILS PRATIQUES

- **Veillez à avoir une bonne hygiène de vie (manger et boire sainement et correctement)**
- **Faire des siestes autant que le besoin s'en fait sentir**
- **Faites un peu d'exercice : marche, yoga...**
- **Relaxez-vous autant que possible : musique, lecture...**



### DIARRHÉES

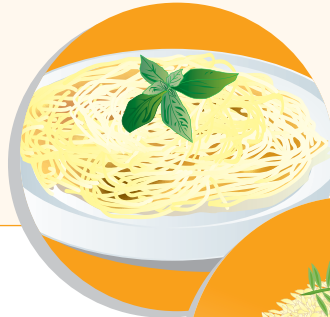
Le traitement par SUTENT® peut dans certains cas induire **des diarrhées ou accélérer le rythme de votre transit intestinal** vous conduisant 2 à 3 fois à la selle par jour.

► **Ne tardez pas à prévenir votre médecin traitant ou votre oncologue. Un traitement médical bien conduit vous soulagera efficacement.**

**Vous devez impérativement boire 2 litres d'eau par jour car une diarrhée prolongée provoque une perte d'eau et de sels. Lorsqu'elle n'est pas compensée, elle induit une déshydratation qui diminue vos capacités musculaires, aggrave votre fatigue et altère le fonctionnement de votre rein.**

### CONSEILS PRATIQUES

- **Buvez 2 litres d'eau par jour mais en petite quantité : eau, thé, tisane, eau de riz, bouillon de légumes, jus de carottes ou boisson gazeuse notamment à base de cola à température ambiante**
- **Privilégiez une alimentation pauvre en fibres : riz, pâtes, pomme de terre, ...**
- **Évitez le café, les fruits, les légumes crus, les laitages, les aliments gras et épicés, les céréales et le pain complet.**



## NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

Ce sont des effets indésirables **très fréquents**.

- **Informez votre médecin traitant ou oncologue, ces manifestations sont modérées et facilement gérées dans la majorité des cas par des traitements anti-nauséux simples. Leur persistance pendant plus de 48 heures ou leur association à une diarrhée doivent vous conduire à revoir votre médecin.**

### CONSEILS PRATIQUES

- **Mangez lentement, de manière fractionnée**
- **Évitez les aliments frits, gras et épicés**
- **Buvez entre les repas : boissons gazeuses notamment celles qui sont à base de cola.**



## REFLUX ACIDES ET BRÛLURES D'ESTOMAC

Les **reflux acides** se traduisent par des remontées acides le long de l'œsophage. Cet effet indésirable est fréquent chez les patients recevant un traitement anti-cancéreux. Il est important de bien le contrôler puisqu'il peut provoquer des nausées et vomissements.

- **Informez votre médecin, il pourra vous prescrire des anti-acides et des médicaments compatibles avec SUTENT® destinés à resserrer le sphincter situé dans le bas œsophage et empêcher ainsi ces remontées acides.**

Les **brûlures d'estomac** sont, elles aussi, fréquentes au cours du traitement tout particulièrement pendant la dernière semaine de traitement par SUTENT®.

- **Informez votre médecin, il pourra vous prescrire des anti-acides qui vous soulageront efficacement.**

### CONSEILS PRATIQUES

- **Évitez les aliments riches en graisses, les repas riches, le café et l'alcool**
- **Dormez la tête surélevée avec un oreiller par exemple.**



## INFLAMMATIONS DE LA BOUCHE : STOMATITES, MUCITES

Les muqueuses de l'organisme sont l'ensemble des tissus qui tapissent les orifices. La bouche est très vascularisée, elle va donc être la cible de ces traitements anti-angiogéniques.

### LA STOMATITE ET LES MUCITES (APHTES)

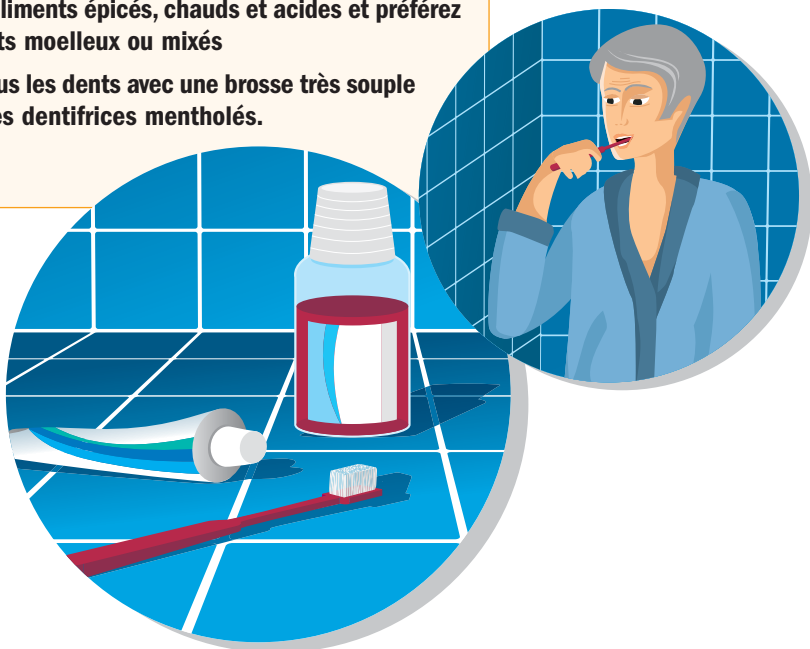
Elle correspond à une atteinte des muqueuses de la bouche. Elle se manifeste par une **sècheresse buccale, un aspect rouge de la bouche qui peut être douloureux et s'accompagner de difficulté à avaler.**

Assez souvent ces troubles sont associés à des atteintes des gencives dites « gingivites ».

► **Ces désagréments peuvent être soulagés par des bains de bouche prescrits par votre médecin. En cas de douleurs, votre médecin pourra également vous prescrire des anesthésiques locaux.**

#### CONSEILS PRATIQUES

- Évitez les aliments épicés, chauds et acides et préférez les aliments moelleux ou mixés
- Brossez-vous les dents avec une brosse très souple et évitez les dentifrices mentholés.





## MODIFICATION DE LA COULEUR ET ASPECT DE LA PEAU ET/OU DES CHEVEUX

### MODIFICATIONS DE LA COULEUR DE LA PEAU

Lors de la prise de votre médicament, une **coloration jaunâtre de la peau** peut apparaître. Cette coloration est probablement due à la couleur du principe actif du médicament. Elle peut changer votre apparence corporelle et vous donner un teint cireux.

Cette réaction n'est pas contagieuse et ne peut pas se transmettre à votre entourage. **Elle intervient généralement dans les 15 jours de traitement pour disparaître pendant les 2 semaines de repos.**

Cet effet indésirable n'a en général pas entraîné de modification de posologie ou d'interruption du traitement.

### SÉCHERESSE CUTANÉE

Elle est particulièrement **fréquente** sous SUTENT®. Elle concerne dans un premier temps les extrémités et peut s'accompagner de fissures au niveau des doigts. Des **rougeurs** puis une **sensibilité douloureuse** et une **desquamation de la peau** peuvent apparaître au niveau de la **paume des mains et la plante des pieds**.

#### CONSEILS PRATIQUES

- Utiliser des savons doux sans parfums
- Utiliser une crème hydratante qui vous permettra de prévenir cette sécheresse et de vous soulager efficacement.



Certaines **lésions sont observées au niveau des doigts et des orteils à la jonction entre l'ongle et la peau**. Elles peuvent mimer un panaris ou un ongle incarné, être douloureuses et nécessiter un traitement médical.

- ▶ **Des bains de pieds antiseptiques vous seront fréquemment proposés avec l'intervention d'un podologue. Le traitement chirurgical n'est pas nécessaire, votre oncologue vous prescrira le traitement le plus adapté.**

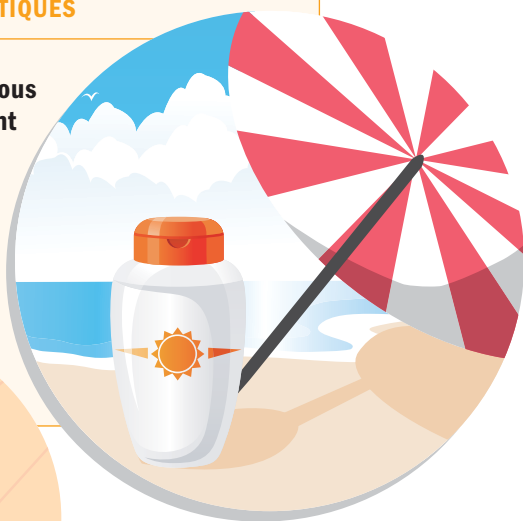
## MODIFICATION DE L'ASPECT DES ONGLES ET CHEVEUX

SUTENT® peut rendre les ongles plus fragiles et les cheveux plus secs. Vous pouvez observer de **petites stries noirâtres sous les ongles**. Ces manifestations sont bénignes et correspondent à de petites hémorragies des capillaires situées sous les ongles. **Elles traduisent l'imprégnation du traitement.**

SUTENT® ne provoque pas de perte de cheveux mais entraîne leur **dépigmentation**. Vos cheveux et poils vont blanchir mais **ces signes disparaîtront à l'arrêt du traitement.**

### CONSEILS PRATIQUES

- Dans votre vie quotidienne, vous pouvez vous maquiller en utilisant des produits hypo-allergéniques réduisant le risque d'allergie
- Évitez les expositions solaires sans crème protectrice.



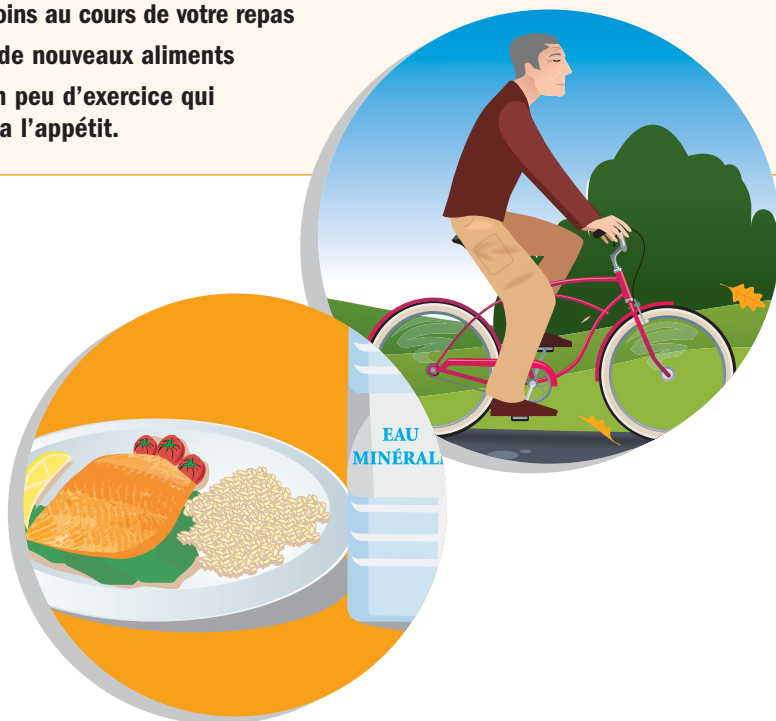
## LA PERTE D'APPÉTIT

Sous SUTENT®, un tiers des patients se sont plaints d'un manque d'appétit. **Cet effet disparaît ou s'atténue pendant la période de repos.**

- **Les conseils avisés d'une diététicienne peuvent vous aider à retrouver un équilibre alimentaire. Votre médecin peut vous prescrire des suppléments caloriques qui aideront à traverser cette période au cours de votre traitement.**

### CONSEILS PRATIQUES

- **Mangez en petite quantité et quand vous avez faim**
- **Buvez moins au cours de votre repas**
- **Essayez de nouveaux aliments**
- **Faites un peu d'exercice qui favorisera l'appétit.**



## HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET TROUBLES CARDIOVASCULAIRES

Le système cardiovasculaire fait intervenir plusieurs organes avec des fonctions différentes. Le cœur situé dans le thorax permet de faire circuler le sang dans l'organisme. Le réseau vasculaire artériel formé d'artères, d'artérioles et de capillaires reçoit le sang fraîchement oxygéné après son passage dans les poumons. Le réseau vasculaire veineux reçoit le sang après qu'il ait apporté l'oxygène et les aliments aux organes.

### ÉLEVATION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE = HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Dans certains cas, SUTENT® peut induire une hypertension artérielle ou déstabiliser une hypertension artérielle déjà bien contrôlée. Cet effet peut être associé à des **maux de tête, sensation de vertige, palpitations, bourdonnements d'oreille**.

- **En présence de ces symptômes il est impératif que vous contactiez votre médecin afin qu'il puisse mesurer et diagnostiquer une hypertension artérielle puis instaurer un traitement anti-hypertenseur et adapter, voire interrompre temporairement votre traitement par SUTENT®.**

#### CONSEILS PRATIQUES

- **Mesurer votre tension régulièrement comme vous l'aura conseillé votre médecin**
- **Avoir une bonne hygiène de vie**
- **Faire de l'exercice, contrôler son poids, boire de l'alcool avec modération, limiter la consommation de sel (< 2g/jour).**



### ATTEINTE CARDIAQUE

De manière très exceptionnelle, une **atteinte cardiaque** a été rapportée avec une **insuffisance cardiaque réversible à l'arrêt de SUTENT®**.

- **Si vous êtes essoufflé de manière continue ou si vous ressentez une douleur thoracique inhabituelle contactez rapidement votre médecin.**

## NEUTROPÉNIE (BAISSE DU NOMBRE DE GLOBULES BLANCS) ET AUTRES ANOMALIES DU SANG

Le sang est formé d'un grand nombre de cellules (globules rouges, globules blancs, plaquettes) circulant dans le sérum. Chacune de ces cellules a une fonction bien précise.

### BAISSE DU NOMBRE DE GLOBULES BLANCS (OU NEUTROPÉNIE)

Les globules blancs assurent la défense de l'organisme face aux agressions extérieures. Les polynucléaires neutrophiles sont une sous population des globules blancs particulièrement active.

SUTENT® peut provoquer une baisse des globules blancs. **Cet effet est en général réversible à l'arrêt du traitement.**

Lorsque les polynucléaires neutrophiles sont trop bas, on parle de **neutropénie** et celle-ci vous **rend plus exposé aux agressions microbiennes.**

► **En cas de fièvre ( $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ ), de frissons ou de sueurs vous devez impérativement prévenir votre médecin traitant.**

### CONSEILS PRATIQUES POUR ESSAYER D'ÉVITER LES INFECTIONS

- Évitez le contact avec des personnes enrhumées ou grippées
- Évitez les transports en commun, les bains de foule...
- Couvrez-vous bien pour sortir
- Évitez les contacts à risque de blessure avec un animal domestique
- Maintenez une bonne hygiène corporelle et désinfectez soigneusement toute plaie éventuelle.



## BAISSE DU NOMBRE DE GLOBULES ROUGES (OU ANÉMIE)

Les globules rouges assurent le transport en oxygène dans l'organisme grâce à l'hémoglobine. Au cours du traitement par SUTENT®, une baisse de l'hémoglobine dans votre sang peut s'observer et entraîner une anémie. Vous pouvez ressentir **une fatigue plus importante, un essoufflement, une pâleur et des vertiges.**

- ▶ **Informez votre médecin de ces symptômes et du résultat de la prise de sang effectuée avant et à la fin du cycle. En fonction de ces résultats, il pourra vous prescrire des injections d'érythropoïétine pour stimuler la production de globules rouges ou de manière exceptionnelle une transfusion.**

## BAISSE DU NOMBRE DE PLAQUETTES (OU THROMBOPÉNIE)

Les plaquettes permettent au sang de coaguler et libèrent un grand nombre de facteurs. A leur surface se trouve un récepteur appelé le PDGF-R qui est important pour leur croissance.

SUTENT® inhibe l'action du PDGF-R et peut donc entraîner une diminution du nombre de plaquettes. Cette diminution peut entraîner des **problèmes de coagulation du sang.**

- ▶ **En cas d'apparition de saignements de nez, des gencives, de bleus ou de taches rouges sur la peau, contactez votre médecin afin de l'en informer. Même diminué, notre nombre de plaquettes est souvent suffisant pour assurer la coagulation. Votre médecin pourra vous prescrire une prise de sang afin de vérifier le nombre de plaquettes et décider ou non de modifier votre traitement par SUTENT®.**

### RAPPEL

**Il est important que vous rapportiez à votre médecin tous les effets indésirables que vous ressentez au cours de votre traitement ainsi que toute apparition, modification ou augmentation de ces effets.**

# SUIVI DE VOTRE TRAITEMENT

Votre médecin vient de vous prescrire SUTENT® pour traiter votre maladie. Il vous en a exposé les bénéfices et les éventuelles contraintes. Afin d'optimiser au mieux le suivi de votre traitement, il est indispensable que vous puissiez faire part à votre médecin des symptômes éventuellement observés pendant votre traitement. En effet ces informations seront précieuses pour votre médecin afin qu'il puisse mieux vous prendre en charge, voire adapter votre traitement si nécessaire. Dans ce livret vous pourrez reporter les éléments pratiques de votre traitement, les examens réalisés et les effets indésirables que vous présentez.

# CYCLE 1

- Date de début du cycle : ..... • Date de fin de cycle : .....
- Posologie : ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                              | <b>J1</b>  | <b>J2</b>  | <b>J3</b>  | <b>J4</b>  | <b>J5</b>  | <b>J6</b>  | <b>J7</b>  |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J8</b>  | <b>J9</b>  | <b>J10</b> | <b>J11</b> | <b>J12</b> | <b>J13</b> | <b>J14</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J15</b> | <b>J16</b> | <b>J17</b> | <b>J18</b> | <b>J19</b> | <b>J20</b> | <b>J21</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J22</b> | <b>J23</b> | <b>J24</b> | <b>J25</b> | <b>J26</b> | <b>J27</b> | <b>J28</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |

## MES EXAMENS À FAIRE

- Date prise de sang :
- Date analyse urine :
- Date scanner :
- Date scintigraphie, IRM :

## MES RENDEZ-VOUS

- Oncologue :
- Cardiologue :
- Autres :



- Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

○ : Absence de symptômes    ⊕ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

## CYCLE 2

- **Date de début du cycle :** ..... • **Date de fin de cycle :** .....
- **Posologie :** ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              | J1  | J2  | J3  | J4  | J5  | J6  | J7  |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J8  | J9  | J10 | J11 | J12 | J13 | J14 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J15 | J16 | J17 | J18 | J19 | J20 | J21 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J22 | J23 | J24 | J25 | J26 | J27 | J28 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |

### MES EXAMENS À FAIRE

- **Date prise de sang :**
- **Date analyse urine :**
- **Date scanner :**
- **Date scintigraphie, IRM :**

### MES RENDEZ-VOUS

- **Oncologue :**
- **Cardiologue :**
- **Autres :**

- Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

● : Absence de symptômes    ●+ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

.....

## CYCLE 3

- **Date de début du cycle :** ..... • **Date de fin de cycle :** .....
- **Posologie :** ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                              | <b>J1</b>  | <b>J2</b>  | <b>J3</b>  | <b>J4</b>  | <b>J5</b>  | <b>J6</b>  | <b>J7</b>  |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J8</b>  | <b>J9</b>  | <b>J10</b> | <b>J11</b> | <b>J12</b> | <b>J13</b> | <b>J14</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J15</b> | <b>J16</b> | <b>J17</b> | <b>J18</b> | <b>J19</b> | <b>J20</b> | <b>J21</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J22</b> | <b>J23</b> | <b>J24</b> | <b>J25</b> | <b>J26</b> | <b>J27</b> | <b>J28</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |

### MES EXAMENS À FAIRE

- **Date prise de sang :**
- **Date analyse urine :**
- **Date scanner :**
- **Date scintigraphie, IRM :**

### MES RENDEZ-VOUS

- **Oncologue :**
- **Cardiologue :**
- **Autres :**

► Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

● : Absence de symptômes    ●+ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

## CYCLE 4

- Date de début du cycle : ..... • Date de fin de cycle : .....
- Posologie : ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                              | <b>J1</b>  | <b>J2</b>  | <b>J3</b>  | <b>J4</b>  | <b>J5</b>  | <b>J6</b>  | <b>J7</b>  |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J8</b>  | <b>J9</b>  | <b>J10</b> | <b>J11</b> | <b>J12</b> | <b>J13</b> | <b>J14</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J15</b> | <b>J16</b> | <b>J17</b> | <b>J18</b> | <b>J19</b> | <b>J20</b> | <b>J21</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J22</b> | <b>J23</b> | <b>J24</b> | <b>J25</b> | <b>J26</b> | <b>J27</b> | <b>J28</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |

### MES EXAMENS À FAIRE

- Date prise de sang :
- Date analyse urine :
- Date scanner :
- Date scintigraphie, IRM :

### MES RENDEZ-VOUS

- Oncologue :
- Cardiologue :
- Autres :

► Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

○ : Absence de symptômes    ⊕ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

## CYCLE 5

- Date de début du cycle : ..... • Date de fin de cycle : .....
- Posologie : ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              |     |     |     |     |     |     |     |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                              | J1  | J2  | J3  | J4  | J5  | J6  | J7  |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J8  | J9  | J10 | J11 | J12 | J13 | J14 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J15 | J16 | J17 | J18 | J19 | J20 | J21 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J22 | J23 | J24 | J25 | J26 | J27 | J28 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |

### MES EXAMENS À FAIRE

- Date prise de sang :
- Date analyse urine :
- Date scanner :
- Date scintigraphie, IRM :

### MES RENDEZ-VOUS

- Oncologue :
- Cardiologue :
- Autres :



► Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

● : Absence de symptômes    ●+ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

## CYCLE 6

- **Date de début du cycle :** ..... • **Date de fin de cycle :** .....
- **Posologie :** ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              | J1  | J2  | J3  | J4  | J5  | J6  | J7  |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J8  | J9  | J10 | J11 | J12 | J13 | J14 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J15 | J16 | J17 | J18 | J19 | J20 | J21 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J22 | J23 | J24 | J25 | J26 | J27 | J28 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |

### MES EXAMENS À FAIRE

- **Date prise de sang :**
- **Date analyse urine :**
- **Date scanner :**
- **Date scintigraphie, IRM :**

### MES RENDEZ-VOUS

- **Oncologue :**
- **Cardiologue :**
- **Autres :**

► Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

● : Absence de symptômes    ●+ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

## CYCLE 7

- **Date de début du cycle :** ..... • **Date de fin de cycle :** .....
- **Posologie :** ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                              | <b>J1</b>  | <b>J2</b>  | <b>J3</b>  | <b>J4</b>  | <b>J5</b>  | <b>J6</b>  | <b>J7</b>  |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J8</b>  | <b>J9</b>  | <b>J10</b> | <b>J11</b> | <b>J12</b> | <b>J13</b> | <b>J14</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J15</b> | <b>J16</b> | <b>J17</b> | <b>J18</b> | <b>J19</b> | <b>J20</b> | <b>J21</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J22</b> | <b>J23</b> | <b>J24</b> | <b>J25</b> | <b>J26</b> | <b>J27</b> | <b>J28</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |

### MES EXAMENS À FAIRE

- **Date prise de sang :**
- **Date analyse urine :**
- **Date scanner :**
- **Date scintigraphie, IRM :**

### MES RENDEZ-VOUS

- **Oncologue :**
- **Cardiologue :**
- **Autres :**

► Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

● : Absence de symptômes    ●+ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

## CYCLE 8

- **Date de début du cycle :** ..... • **Date de fin de cycle :** .....
- **Posologie :** ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                              | <b>J1</b>  | <b>J2</b>  | <b>J3</b>  | <b>J4</b>  | <b>J5</b>  | <b>J6</b>  | <b>J7</b>  |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J8</b>  | <b>J9</b>  | <b>J10</b> | <b>J11</b> | <b>J12</b> | <b>J13</b> | <b>J14</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J15</b> | <b>J16</b> | <b>J17</b> | <b>J18</b> | <b>J19</b> | <b>J20</b> | <b>J21</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J22</b> | <b>J23</b> | <b>J24</b> | <b>J25</b> | <b>J26</b> | <b>J27</b> | <b>J28</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |

### MES EXAMENS À FAIRE

- **Date prise de sang :**
- **Date analyse urine :**
- **Date scanner :**
- **Date scintigraphie, IRM :**

### MES RENDEZ-VOUS

- **Oncologue :**
- **Cardiologue :**
- **Autres :**

► Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

● : Absence de symptômes    ●+ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

## CYCLE 9

- **Date de début du cycle :** ..... • **Date de fin de cycle :** .....
- **Posologie :** ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                              | <b>J1</b>  | <b>J2</b>  | <b>J3</b>  | <b>J4</b>  | <b>J5</b>  | <b>J6</b>  | <b>J7</b>  |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J8</b>  | <b>J9</b>  | <b>J10</b> | <b>J11</b> | <b>J12</b> | <b>J13</b> | <b>J14</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J15</b> | <b>J16</b> | <b>J17</b> | <b>J18</b> | <b>J19</b> | <b>J20</b> | <b>J21</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |
|                              | <b>J22</b> | <b>J23</b> | <b>J24</b> | <b>J25</b> | <b>J26</b> | <b>J27</b> | <b>J28</b> |
| Prise / Non prise            |            |            |            |            |            |            |            |
| Résultats tension artérielle |            |            |            |            |            |            |            |

### MES EXAMENS À FAIRE

- **Date prise de sang :**
- **Date analyse urine :**
- **Date scanner :**
- **Date scintigraphie, IRM :**

### MES RENDEZ-VOUS

- **Oncologue :**
- **Cardiologue :**
- **Autres :**



► Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

● : Absence de symptômes    ●+ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

.....

## CYCLE 10

- Date de début du cycle : ..... • Date de fin de cycle : .....
- Posologie : ...../jour pendant 28 jours suivi d'une période de repos de 14 jours

|                              |     |     |     |     |     |     |     |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                              | J1  | J2  | J3  | J4  | J5  | J6  | J7  |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J8  | J9  | J10 | J11 | J12 | J13 | J14 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J15 | J16 | J17 | J18 | J19 | J20 | J21 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |
|                              | J22 | J23 | J24 | J25 | J26 | J27 | J28 |
| Prise / Non prise            |     |     |     |     |     |     |     |
| Résultats tension artérielle |     |     |     |     |     |     |     |

### MES EXAMENS À FAIRE

- Date prise de sang :
- Date analyse urine :
- Date scanner :
- Date scintigraphie, IRM :

### MES RENDEZ-VOUS

- Oncologue :
- Cardiologue :
- Autres :

► Si vous présentez des symptômes suite à l'administration de votre traitement par SUTENT®, notez-les dans le tableau ci-dessous :

|                                  | INTENSITÉ* | COMMENTAIRES/DATE D'APPARITION |
|----------------------------------|------------|--------------------------------|
| Fatigue                          |            |                                |
| Perte d'appétit                  |            |                                |
| Perte de poids                   |            |                                |
| <b>MODIFICATIONS CORPORELLES</b> |            |                                |
| Sécheresse buccale               |            |                                |
| Douleur buccale                  |            |                                |
| Réactions cutanées               |            |                                |
| Modification couleur de la peau  |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>TROUBLES DIGESTIFS</b>        |            |                                |
| Diarrhée                         |            |                                |
| Nausée                           |            |                                |
| Vomissement                      |            |                                |
| Reflux acides                    |            |                                |
| Brûlures d'estomac               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>SIGNES D'UNE INFECTION</b>    |            |                                |
| Frissons, sueurs                 |            |                                |
| Toux                             |            |                                |
| Fièvre                           |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |
| <b>AUTRES SIGNES</b>             |            |                                |
| Maux de tête                     |            |                                |
| Vertige                          |            |                                |
| Douleur thoracique               |            |                                |
| Palpitations                     |            |                                |
| Essoufflement                    |            |                                |
| Saignements, bleus               |            |                                |
| Autres : .....                   |            |                                |

\* Pour indiquer l'intensité de vos symptômes, positionnez une croix entre les 2 sigles.

● : Absence de symptômes    ●+ : Symptôme très intense

### LES QUESTIONS À POSER À MON PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

.....

.....

.....

# ASSOCIATIONS DE PATIENTS

## ADRESSES UTILES

### ■ ENSEMBLE CONTRE LE GIST

4 avenue des Acquêts - 35650 LE RHEU

E.mail de l'association : [info@ensemblecontrelegist.org](mailto:info@ensemblecontrelegist.org)

Site internet : [www.ensemblecontrelegist.org](http://www.ensemblecontrelegist.org)



### ■ LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER (FÉDÉRATION NATIONALE)

14, rue corvisart - 75013 PARIS

Téléphone : 0810 111 101

Site internet : [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

### ■ CANCER INFO SERVICE

Service de la Ligue Nationale contre le Cancer, du Ministère de la Santé, de l'Institut National du Cancer et du Plan Cancer.

Téléphone : 0810 810 821











## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

### SUTENT® 12,5 mg - 25mg - 50mg - Gélules

Sunitinib

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient sérieux ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

#### **Dans cette notice :**

1. Qu'est-ce que SUTENT® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SUTENT® ?
3. Comment prendre SUTENT® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver SUTENT® ?
6. Informations supplémentaires.

#### **■ 1. QU'EST-CE QUE SUTENT® ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**

SUTENT® est un médicament utilisé dans le traitement des cancers. SUTENT® agit en diminuant l'activité d'un groupe de protéines spécifiques impliquées dans la croissance et la dissémination des cellules cancéreuses.

SUTENT® vous sera exclusivement prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement des cancers du rein ou des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST).

SUTENT® est un médicament utilisé dans le traitement des néphrocarcinomes, une forme de cancer du rein qui consiste en la transformation cancéreuse des cellules des tubules rénaux.

SUTENT® est également utilisé dans le traitement des tumeurs malignes stromales gastro-intestinales (GIST) qui sont des cancers de l'estomac ou de l'intestin résultant de la croissance cellulaire incontrôlée des tissus de soutien de ces organes. SUTENT® agit contre ces cancers en inhibant la croissance cellulaire tumorale.

Si vous vous posez des questions sur le mode d'action de SUTENT® ou voulez savoir pourquoi ce médicament vous a été prescrit, veuillez consulter votre médecin.

#### **■ 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SUTENT® ?**

Suivez attentivement les instructions de votre médecin, même si elles diffèrent des informations générales figurant sur cette notice.

#### **Ne prenez jamais SUTENT® :**

Si vous êtes allergique au sunitinib ou à l'un des autres composants contenus dans SUTENT®.

Faites attention avec SUTENT® :

- Si vous avez ou avez eu des affections hépatiques ou rénales ;
- Si vous présentez une tension artérielle élevée ;
- Si vous êtes enceinte ou pensez l'être (voir plus loin pour plus de précisions) ;
- Si vous allaitez (voir plus loin pour plus de précisions).

Si vous présentez l'une de ces conditions, signalez-le à votre médecin avant de prendre SUTENT®.

### **Prise d'autres médicaments :**

Veillez avertir votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou avez récemment pris d'autres médicaments, y compris des médicaments en vente libre ou des produits à base de plantes (tout médicament susceptible d'augmenter les concentrations de SUTENT® comme le kétoconazole, le ritonavir, l'itraconazole, l'érythromycine, la clarithromycine; ou tout médicament susceptible de diminuer les concentrations de SUTENT® comme la dexaméthasone, la phénytoïne, la carbamazépine, la rifampicine, le phénobarbital ou *Hypericum perforatum* (millepertuis)).

### **Aliments et boissons :**

SUTENT® peut être pris accompagné ou non de nourriture, à l'exception du jus de pamplemousse.

### **Grossesse et allaitement :**

Si vous êtes enceinte ou pensez l'être, avertissez-en votre médecin.

SUTENT® ne doit pas être utilisé pendant la grossesse, sauf absolue nécessité. Votre médecin vous informera des risques du traitement pendant la grossesse.

Il est conseillé aux femmes susceptibles d'être enceintes d'utiliser une méthode adaptée de contraception pendant le traitement par SUTENT®.

Si vous allaitez, signalez-le à votre médecin. N'allaitiez pas pendant le traitement par SUTENT®.

### **Conduite de véhicules et utilisation de machines :**

Si vous ressentez des étourdissements ou êtes anormalement fatigué(e), soyez très vigilant(e) en conduisant ou utilisant des machines.

## **■ 3. COMMENT PRENDRE SUTENT® ?**

Votre médecin vous prescrira une dose qui convient à votre cas. Il est généralement recommandé de prendre SUTENT® pendant une période de 28 jours (4 semaines), suivie d'une période de repos thérapeutique de 14 jours (2 semaines sans traitement), par cycles de traitement de 6 semaines.

Votre médecin déterminera le nombre de cycles de traitement dont vous avez besoin.

### **Si vous avez pris plus de SUTENT® que vous n'auriez dû :**

Si vous avez accidentellement pris trop de gélules, avertissez-en immédiatement votre médecin. Vous pourriez avoir besoin de certains soins médicaux.

### **Si vous oubliez de prendre SUTENT® :**

Ne prenez pas une dose double pour rattraper la dose oubliée.

## **■ 4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, SUTENT® est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tous n'y soient pas sujets.

*Effets indésirables très fréquemment rapportés, susceptibles de survenir chez plus de 10 patients sur 100 :*

- Irritation, douleur ou inflammation buccale, altération du goût, maux d'estomac, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, douleur abdominale, perte de l'appétit
- Modification de la couleur de la peau ou des cheveux, éruption cutanée des paumes des mains et plantes des pieds, vésicules, sécheresse de la peau ;
- Fatigue, élévation de la tension artérielle, migraine ;
- Diminution du nombre des globules rouges et/ou blancs.

*Autres effets indésirables éventuels, susceptibles de survenir chez 1 à 10 sur 100 patients :*

- Baisse de l'activité thyroïdienne et du débit cardiaque ;
- Epistaxis (saignement de nez), coloration anormale des urines, augmentation de la sécrétion lacrymale
- Douleur articulaire et musculaire, augmentation de la quantité de fluides dans les tissus et notamment la région des yeux ;
- Anomalie de la sensibilité cutanée, essoufflement ;
- Perte des cheveux, perte de poids.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant sérieux, veuillez en informer votre médecin.

## ■ 5. COMMENT CONSERVER SUTENT® ?

- Ne pas laisser à la portée des enfants ;
- Ce médicament ne requiert aucune précaution particulière de conservation
- Ne pas utiliser le médicament après la date de péremption (EXP) mentionnée sur la boîte et l'étiquette externe ;
- Ne pas utiliser le médicament si vous remarquez que la boîte est endommagée ou présente des signes d'altération.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien que faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

## ■ 6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

### **Que contient SUTENT® :**

- La substance active est le sunitinib (sous forme de malate).
- Les autres composants sont le mannitol, le croscarmellose sodique, la polyvidone et le stéarate de magnésium. L'enveloppe de la gélule est constituée de gélatine, d'oxyde de fer rouge (E 172) et de dioxyde de titane (E 171). L'encre d'impression contient des gommes laques, du propylène glycol, de l'hydroxyde de sodium, de la povidone et du dioxyde de titane.

### **A quoi ressemble SUTENT® et contenu de l'emballage extérieur :**

SUTENT® est présenté sous forme de gélule en gélatine constituée d'une coiffe orange sur laquelle est imprimé "Pfizer" à l'encre blanche et d'un corps orange sur lequel est imprimé "STN 12,5 mg" à l'encre blanche. Le médicament est fourni en flacons de 30 gélules.

### **Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché :**

Pfizer Limited / Ramsgate Road / Sandwich, Kent CT13 9NJ / United Kingdom

### **Fabricant :**

Pfizer Italia S.r.l. / Via del Commercio - Zona Industriale / 63046 Marino del Tronto (Ascoli Piceno) / Italy

Pour toute information complémentaire concernant ce médicament, veuillez prendre contact avec le représentant local du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.

**Belgique/België/Belgien**

Pfizer S.A./N.V.  
Tél/Tel: +32 (0)2 554 62 11  
Luxembourg/Luxemburg  
Pfizer S.A.  
Tél/Tel: +32 (0)2 554 62 11

**България**

Pfizer HCP Corporation  
Тел.: +359 2 970 4333

**Česká republika**

Pfizer s.r.o.  
Тел.: +420-283-004-111

**Danmark**

Pfizer ApS  
Tlf: +45 44 20 11 00

**Deutschland**

Pfizer Pharma GmbH  
Тел: +49 (0)721 61 01 90 00

**Eesti**

Pfizer Luxembourg  
SARL Eesti filiaal  
Тел.: +372 6 405 328

**Ελλάδα**

Pfizer Hellas A.E.  
Τηλ: +30 210 6785 300

**España**

Pfizer S.A.  
Тел: +34 91 490 99 00

**France**

Pfizer  
Тел: +33 (0)1 58 07 34 40

**Ireland**

Pfizer Healthcare Ireland  
Тел: +353 1800 633 363

**Ísland**

Vistor hf  
Sími: +354 535 7000

**Italia**

Pfizer Italia S.r.l.  
Тел: +39 06 33 18 21

**Κύπρος**

Geo. Pavlides & Araouzos Ltd.  
Τηλ:+ 357 22 818087

**Latvijā**

Pfizer Luxembourg SARL filiale Latvijā  
Тел.: + 371 70 35 775

**Lietuva**

Pfizer Luxembourg SARL filialas  
Lietuvoje Тел. + 370 52 51 4000

**Luxembourg/Luxemburg**

Pfizer S.A.  
Тél/Tel: +32 (0)2 554 62 11

**Magyarország**

Pfizer Kft.  
Тел.: +36-1-488-37-00

**Malta**

V.J. Salomone Pharma Ltd.  
Тел. +356 212201

**Nederland**

Pfizer BV  
Тел: +31 (0)10 406 42 00

**Norge**

Pfizer AS  
Тlf: +47 67 52 61 00

**Österreich**

Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H.  
Тел: +43 (0)1 521 15-0

**Polska**

Pfizer Polska Sp.z.o.o  
Тел.:+48 22 335 61 00

**Portugal**

Laboratórios Pfizer, Lda.  
Тел: +351 21 423 5500

**România**

Pfizer România S.R.L.  
Тел: +40 (0)21 3180808

**Slovenija**

Pfizer Luxembourg SARL  
Pfizer, podružnica za svetovanje s  
področja farmacevtske dejavnosti,  
Ljubljana  
Тел.: + 386 1 52 11 400

**Slovenská republika**

Pfizer Luxembourg SARL,  
organizačná zložka  
Тел.:+ 421 2 5941 8500

**Suomi/Finland**

Pfizer Oy  
Puh./Тел: +358 (0)9 43 00 40

**Sverige**

Pfizer AB  
Тел: +46 (0)8 550-52000

**United Kingdom**

Pfizer Limited,  
Тел: +44 (0)1737 331111

**La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le 17 janvier 2007**

Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne du médicament (EMA) : <http://www.emea.europa.eu>. Il existe aussi des liens vers d'autres sites concernant les maladies rares et les médicaments orphelins.

## ► Liste interactions médicamenteuses nécessitant un ajustement de la posologie de SUTENT® :

### ■ Médicaments pouvant augmenter les concentrations plasmatiques de SUTENT® (Inhibiteurs du cytochrome CYP3A4) :

- kétoconazole
- ritonavir
- itraconazole
- erythromycine
- clarithromycine
- jus de pamplemousse

### ■ Éviter l'administration concomitante de SUTENT® et d'inhibiteurs puissants du CYP3A4.

### ■ Préférer un autre traitement concomitant ayant peu ou pas d'effet sur l'inhibition du CYP3A4.

### ■ Si cela n'est pas possible, diminuer la dose de SUTENT® sous étroite surveillance de la tolérance. La dose minimale journalière autorisée est de 37,5mg par jour.

---

### ■ Médicaments pouvant diminuer les concentrations plasmatiques de SUTENT® (Inducteurs du cytochrome CYP3A4) :

- rifampicine
- dexaméthasone
- phénytoïne
- carbamazépine
- phénobarbital
- Hypericum perforatum (millepertuis)

### ■ Éviter l'association de SUTENT® avec ces inducteurs.

### ■ Préférer un autre traitement concomitant ayant peu ou pas d'effet sur l'induction du CYP3A4.

### ■ Si cela n'est pas possible, augmenter la dose de SUTENT® par paliers de 12,5mg, sous étroite surveillance de la tolérance. La dose maximale journalière autorisée est de 87,5mg par jour.