

# מידע על טיפול ב- Faslodex (fulvestrant)

חשוב  
לדעת!

## רקע

סוגים מסוימים של סרטן שד תלויים ברמת ההורמונים בגוף (אסטרוגן ו/או פרוגסטרון). בגידולים מסוג זה ההורמונים מסייעים לתאי הסרטן לגדול ולהתרבות. זריקת ה-Faslodex היא תרופה הורמונאלית אנטי-אסטרוגנית, הנותנת מענה לגידולים מסוג זה ע"י חסימת פעולת האסטרוגן בתאי הגידול.

## התוויה

Faslodex 500mg מותווה לטיפול בסרטן שד מתקדם (ER+) מקומי או גרורתי בנשים לאחר גיל המעבר בעלות קולטנים חיוביים לאסטרוגן שמחלתן חזרה או התקדמה, במהלך או לאחר מתן טיפול אנטי-אסטרוגני.



## איך ניתן Faslodex ?

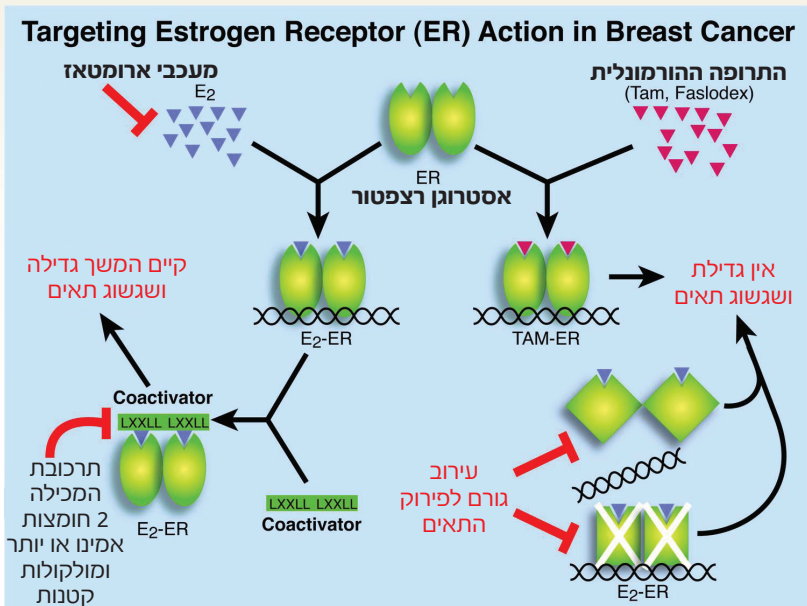
זריקה אחת לכל אחד מצידי העכוז. המינון המומלץ הוא של 500mg. כל מזרק מגיע במינון של 250mg, על כן תקבלי 2 זריקות. תדירות ההזרקה ב-6 שבועות הראשונים, תהייה כל שבועיים ולאחר מכן פעם בחודש.

**מינון: 500 מ"ג.**  
 ניתן כ- 2 X 250 מ"ל במזרקים  
 בימים 1, 15, 29 ולאחר מכן פעם בחודש

**500mg=250mg/5mg  
 בזריקות**

## מנגנון פעולה

Faslodex הינו טיפול אנדוקריני השייך לקבוצת SERD - Selective Estrogen Receptor Downmodulator, הפועל כאנטגוניסט בלבד לקולטן האסטרוגן. התרופה בעלת זיקה חזקה וסלקטיבית לקולטן של אסטרוגן, נקשרת אליו ועל ידי כך מעכבת את הקישור של אסטרוגן לקולטנים שלו על פני תאי הגידול, קישור זה גורם לפירוק התא. בהיעדר קולטני אסטרוגן פעילים אין האסטרוגן מסוגל לאותת לתאי סרטן השד להתפתח.



## לפני קבלת זריקות Faslodex חובה לדווח לרופא:

- ▼ אם קיימת מחלת כבד או אם סבלת בעבר מליקוי בתפקודי כבד.
- ▼ אם קיימת מחלת כליות או אם סבלת בעבר מליקוי בתפקוד כלייתי (פינו קראטינין פחות מ-30 מ"ל לדקה).
- ▼ אם ידוע על הפרעות במערכת הדם כגון: ספירת טסיות נמוכה, הפרעות קרישה או דימום, או בנטילת תרופות נוגדות קרישה כגון קומדין.
- ▼ אם קיים אוסטיואופורוזיס (איבוד מינרלים בעצמות).
- ▼ לקיחת תרופות, ויטמינים ותוספי מזון.
- ▼ אלרגיה ל-fulvestrant.
- ▼ הריון או הנקה (עשוי לפגוע בעובר).

## השפעת ה-Faslodex

ל-Faslodex אין השפעה ניכרת על יכולת נהיגה ו/או תפעול מכונות, מאחר וחולשה היא תופעת לוואי שכיחה של Faslodex יש לשמור על עירנות וזהירות בעת נהיגה.

## תופעות שכיחות מאוד

- ▼ תגובות באתר ההזרקה, כגון כאב ו/או דלקת
- ▼ עלייה באנזימי כבד (ALP, ALT, ASP)
- ▼ בחילה
- ▼ חולשה
- ▼ עייפות

## תופעות לוואי שכיחות

- ▼ כאב ראש
- ▼ גלי חום
- ▼ תסמינים במערכת העיכול כגון: אובדן תיאבון, שלשול או הקאה
- ▼ כאב גב
- ▼ פריחה בעור
- ▼ דלקת בדרכי השתן
- ▼ תגובות אלרגיות (רגישות יתר) הכוללות נפיחות בפנים, בשפתיים, בלשון ו/או בגרון וחרלת (מחלת עור) / חבורות בעור (סרפדת). אם תופעות אלו יופיעו יש לפנות מיד לרופא לבדיקה להתערבות בתסמינים.
- ▼ עליה ברמת הבילירובין - תוצר פירוק של הכבד הניתן לגילוי בבדיקת דם.

## תופעות לוואי פחות שכיחות

- ▼ דלקת בכבד, הסימנים יכולים לכלול תחושה כללית של מחלה עם או ללא צהבת.
- ▼ הגדלת כבד או כאב בכבד (בטן ימנית עליונה).
- ▼ עליה באנזימי כבד מסוג גמא GT.
- ▼ דימום מהנרתיק, פטרת בנרתיק, הפרשה מהנרתיק- יש לפנות מיד לרופא.

## תופעות לוואי המחייבות התייחסות מיוחדת

פריחה, זיהומים בדרכי השתן, תרומבואמבולוזם - עלייה בסיכון לקרישי דם (תסמינים להיווצרות קרישי דם: כאב בחזה, במפשעה, ברגליים, קוצר נשימה, דיבור לא ברור או אובדן קואורדינציה). בהופעת תסמינים אלו יש לפנות **מיידית** לרופא או לחדר מיון.

## איחסון התרופה

- יש לשמור מחוץ להישג ידם וטווח ראייתם של ילדים.
- יש לשמור במקרר בטמפ' של  $2^{\circ}\text{C}$ - $8^{\circ}\text{C}$ .
- יש לשמור את זריקת ה-faslodex באריזה המקורית כדי להגן מאור.

## הוראות ההזרקה (מיועד להזרקה על ידי צוות סיעודי ורפואי בלבד)

- כל מזרק מכיל 250 מ"ג faslodex (פולבסטרנט) בתוך 5 מ"ל של תמיסה .
- הזריקה ניתנת לתוך שריר העכוז.
- יש להביא את ה-faslodex לטמפרטורת החדר לפני ההזרקה. על כן, הוציאי את הקופסא מהקירור 10 דקות לפני ההזרקה או גלגלי את המזרק 2-3 דקות בין כפות הידיים.
- בדקי את הוראת הרופא , פרטים מדוייקים של המטופלת, מינון ותאריך תפוגת התרופה .
- הסבירי למטופלת שהזריקה ניתנת באיטיות בגלל צמיגות החומר.
- השכיבי את המטופלת על הצד או על הבטן בהתאם לנוחיותה.
- את המינון של I.M Faslodex 500 mg יש להזריק בשתי זריקות. כל זריקה בצד אחר של העכוז.
- שברי את כיסוי הפלסטיק שעל המזרק, חברי את המחט והדקי אל המזרק.
- הסירי את כיסוי המחט והוציאי את האוויר מהמזרק.
- חטאי את מקום ההזרקה.
- אם המטופלת רזה, אספי את העכוז על ידי צביטה קלה בעזרת האגודל והאצבע.
- החדירי את המחט בזווית ישרה כשני שליש מאורכה לתוך שריר העכוז.
- בדקי על ידי שאיבה שלא חוזר דם והזריקי באיטיות למשך 5-3 דקות .
- מייד בסיום ההזרקה הפעילי את מנגנון הגנת המחט על ידי שחרור הפלסטיק המשופע שנמצא בקצה המחט עד שחוד המחט מכוסה.
- עסי את מקום ההזרקה כ-3 דקות.
- זרקי את המזרק למיכל מתאים.

## נספח

טבלת מעקב ע"י האחות.

| שם האחות<br>המזריקה | תאריך<br>ההזרקה<br>500 mg | פרוטוקול<br>הזרקה |
|---------------------|---------------------------|-------------------|
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |

| שם האחות<br>המזריקה | תאריך<br>ההזרקה<br>500 mg | פרוטוקול<br>הזרקה |
|---------------------|---------------------------|-------------------|
|                     |                           | יום 1             |
|                     |                           | יום 15            |
|                     |                           | יום 29            |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |
|                     |                           | +28               |

שיתוף פעולה עם הצוות המטפל במכון. הצוות כולו זמין ונגיש עבורך. אם ישנו תסמין או תופעת לוואי שאינך יודע איך להתמודד איתה, יש להתקשר לצוות המטפל בטלפונים שהעמידו לרשותך גם בשעות בהם המכון אינו פעיל.

**הצוות האונקולוגי עומד לרשותך  
לייעוצים טלפונים במקרים דחופים  
גם מחוץ לשעות הפעילות**

**מנהלת המכון האונקולוגי:**  
ד"ר מריק יעל

**אחות אחראית:**  
חנוכה זיוה נייד: 052-3433188

**לדוברי רוסית:**  
אחות אונקולוגית רייזמן אידה נייד: 057-7516272

**עובדת סוציאלית:**  
צדוק מעיין נייד: 052-5287246

**יחידה אונקולוגית לניאדו:**  
טל: 09-8604716, פקס: 09-8609252  
שעות פעילות בימים א', ב', ג', ה'. בשעות: 8:00-16:00

**בברכת החלמה מהירה!**

© כל הזכויות שמורות לבית חולים לניאדו  
נכתב על ידי גב' זיוה חנוכה, אחות אחראית במכון האונקולוגי, בי"ח לניאדו



09-860-92-58 | 09-860-47-16 | [oncolog@laniado.org.il](mailto:oncolog@laniado.org.il)  
רחוב דברי חיים 16 קרית צאנז, נתניה | 09-860-46-66 | [www.laniado.org.il](http://www.laniado.org.il)