**Etude observationnelle concernant l’association de traitements ciblés (biothérapies et/ou JAKi) dans la prise en charge des pathologies inflammatoires les plus courantes en rhumatologie, dermatologie et gastro-entérologie**

**Nous vous remercions de nous les signaler par mail à Benoit FLACHAIRE et Lucas GUILLO** (recueil.association.biologique@gmail.com)

NOM DU MÉDECIN : \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_

Ville : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Caractéristiques du patient

NOM |\_ \_ \_| PRENOM |\_ \_ \_|

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Sexe : [ ]  Homme [ ]  Femme

Tabac : [ ]  Actif [ ]  Sevré [ ]  Jamais Fumeur

Poids : |\_ \_ \_| kg

Taille : |\_ \_ \_| cm

**Critères d’inclusion**

1. [ ]  Âge > 18 ans

1. [ ]  Avoir au moins une pathologie inflammatoire parmi les suivantes :

[ ]  Polyarthrite rhumatoïde

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Spondylarthrite ankylosante

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Spondyloarthrite axiale non-rx

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Rhumatisme psoriasique

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Arthrite juvénile idiopathique

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  SAPHO

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Psoriasis

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Pemphigoïde Bullleuse

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Maladie de Verneuil

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Maladie de Crohn

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Rectocolite hémorragique

Date diagnostic : ……………………….

[ ]  Connectivite :

……………………………………………..

Date diagnostic : ………………………..

[ ]  Autres (Asthme, Ostéoporose, Dermatite atopique, Urticaire) : ……………………………………………….

Date diagnostic : ………………………..

1. [ ]  Avoir été traité par l’association d’au moins deux traitements ciblés de classes différentes dont :

[ ]  ABATACEPT

[ ]  ALEFACEPT

[ ]  Anti-TNF : [ ]  ADALIMUMAB [ ]  CERTOLIZUMAB [ ]  ETANERCEPT [ ]  GOLIMUMAB [ ]  INFLIXIMAB

[ ]  Anti-IL 1 : [ ]  ANAKINRA [ ]  CANAKINUMAB

[ ]  Anti-IL 6 : [ ]  TOCILIZUMAB [ ]  SARILUMAB

[ ]  Anti-IL 17 : [ ]  IXEKIZUMAB [ ]  SECUKINUMAB

[ ]  Anti-Il 23 : [ ]  USTEKINUMAB, [ ]  BRODALUMAB, [ ]  GUSELKUMAB, [ ]  RIZANKIZUMAB

[ ]  APREMILAST

[ ]  EFALIZUMAB

[ ]  JAKi : [ ]  TOFACITINIB [ ]  BARACITINIB [ ]  FILGOTINIB [ ]  UPADACITINIB

[ ]  NATALIZUMAB

[ ]  Anti-CD20 :  [ ]  RITUXIMAB [ ]  BELIMUMAB

[ ]  VEDOLIZUMAB

[ ]  Autres (exemple : OMALIZUMAB, DUPILUMAB, DENOSUMAB, MEPOLIZUMAB, NINTEDANIB…) : ……………………………………………………

**Critères de non-inclusion**

[ ]  Association d’un immunosuppresseur/immunomodulateur à une seule thérapie ciblée ou un seul JAKi

[ ]  Absence de consultation de suivi à 3 mois

Association de thérapie ciblée

1. **Est-ce que l’association a été débutée d’emblée ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

Date de début de l’association : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_

Quels étaient les traitements prescrits ?

[ ]  ABATACEPT

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  ALEFACEPT

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-TNF :

[ ]  ADALIMUMAB [ ]  CERTOLIZUMAB

[ ]  ETANERCEPT [ ]  GOLIMUMAB
[ ]  INFLIXIMAB

Indication ………………………………...

Posologie …………………………………..

[ ]  Anti-IL 1

[ ]  ANAKINRA [ ]  CANAKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL 6

[ ]  TOCILIZUMAB [ ]  SARILUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL 17 :

[ ]  IXEKIZUMAB [ ]  SECUKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL23

[ ]  BRODALUMAB [ ]  GUSELKUMAB

[ ]  RIZANKIZUMAB [ ]  USTEKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  EFALIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  APREMILAST

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  JAKi

[ ]  TOFACITINIB [ ]  BARACITINIB

[ ]  FILGOTINIB [ ]  UPADACITINIB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  NATALIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-CD20 :

[ ]  RITUXIMAB [ ]  BELIMUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  VEDOLIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Autres (exemple : OMALIZUMAB, DUPILUMAB, DENOSUMAB, MEPOLIZUMAB, NINTEDANIB …) : …………………………………………………

Indication ………………………………...

Posologie …………………………………

[ ]  **Si la prescription des 2 traitements n’a pas commencé simultanément,**

Date de début du traitement n°1 : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_

Date de début du traitement n°2 : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_

1. **Quel était le traitement n°1 ?**

[ ]  ABATACEPT

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  ALEFACEPT

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-TNF :

[ ]  ADALIMUMAB [ ]  CERTOLIZUMAB

[ ]  ETANERCEPT [ ]  GOLIMUMAB
[ ]  INFLIXIMAB

Indication ………………………………...

Posologie …………………………………..

[ ]  Anti-IL 1

[ ]  ANAKINRA [ ]  CANAKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL 6

[ ]  TOCILIZUMAB [ ]  SARILUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL 17 :

[ ]  IXEKIZUMAB [ ]  SECUKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL23

[ ]  BRODALUMAB [ ]  GUSELKUMAB

[ ]  RIZANKIZUMAB [ ]  USTEKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  EFALIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  APREMILAST

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  JAKi

[ ]  TOFACITINIB [ ]  BARACITINIB

[ ]  FILGOTINIB [ ]  UPADACITINIB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  NATALIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-CD20 :

[ ]  RITUXIMAB [ ]  BELIMUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  VEDOLIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Autres (exemple : OMALIZUMAB, DUPILUMAB, DENOSUMAB, MEPOLIZUMAB, NINTEDANIB …) : …………………………………………………

Indication ………………………………...

 Posologie ………………………………….

1. **Quel était le traitement n°2 ?**

[ ]  ABATACEPT

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  ALEFACEPT

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-TNF :

[ ]  ADALIMUMAB [ ]  CERTOLIZUMAB

[ ]  ETANERCEPT [ ]  GOLIMUMAB
[ ]  INFLIXIMAB

Indication ………………………………...

Posologie …………………………………..

[ ]  Anti-IL 1

[ ]  ANAKINRA [ ]  CANAKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL 6

[ ]  TOCILIZUMAB [ ]  SARILUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL 17 :

[ ]  IXEKIZUMAB [ ]  SECUKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-IL23

[ ]  BRODALUMAB [ ]  GUSELKUMAB

[ ]  RIZANKIZUMAB [ ]  USTEKINUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  EFALIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  APREMILAST

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  JAKi

[ ]  TOFACITINIB [ ]  BARACITINIB

[ ]  FILGOTINIB [ ]  UPADACITINIB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  NATALIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Anti-CD20 :

[ ]  RITUXIMAB [ ]  BELIMUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  VEDOLIZUMAB

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

[ ]  Autres (exemple : OMALIZUMAB, DUPILUMAB, DENOSUMAB, MEPOLIZUMAB, NINTEDANIB …) : …………………………………………………

Indication ………………………………...

Posologie ………………………………….

**2) Est-ce que l’association de traitements ciblés (biothérapies et/ou JAKi) était associée à un traitement immunosuppresseur/immunomodulateur ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, Lequel ?

[ ]  Methotrexate

Posologie ………………………………….

[ ]  Leflunomide

Posologie ………………………………….

[ ]  Sulfasalazine

Posologie ………………………………….

[ ]  Azathioprine

Posologie ………………………………….

[ ]  6-Mercaptopurine

Posologie ………………………………….

[ ]  Autres : ............................

Posologie ………………………………….

Est-ce que le traitement **immunosuppresseur/immunomodulateur** a été arrêté avant l’association ?

[ ]  OUI [ ]  NON

**3) Est-ce que l’assocition a été ensuite arrêtée ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

***Si les traitements ciblés ont été initialement prescrits d’emblée (réponse OUI à la question 1)*** *:*

1. Quelles ont été les raisons de l’arrêt ?

[ ]  Efficacité : [ ]  Inefficacité primaire [ ]  Perte d’efficacité secondaire

[ ]  Effets secondaires : [ ]  Infections [ ]  Cancer [ ]  Autres ……………………

1. Est-ce que les traitements ciblés ont été arrêtés en même temps ?

[ ]  OUI

Date d’arrêt : ………………………………….

[ ]  NON

Traitement arrêté en 1 …………………………………., date d’arrêt : ………………………………….

Traitement arrêté en 2 …………………………………., date d’arrêt : ………………………………….

***Si les traitements ciblés n’ont pas été prescrits d’emblée ensemble (réponse NON à la question 1)***

Date d’arrêt du traitement n°1 : ………………………………….

Date d’arrêt du traitement n°2 : ………………………………….

1. Quelles ont été les raisons de l’arrêt du traitement n°1 ?

[ ]  Efficacité : [ ]  Inefficacité primaire [ ]  Perte d’efficacité secondaire

[ ]  Effets secondaires : [ ]  Infections [ ]  Cancer [ ]  Autres ……………………

1. Quelles ont été les raisons de l’arrêt du traitement n°2 ?

[ ]  Efficacité : [ ]  Inefficacité primaire [ ]  Perte d’efficacité secondaire

[ ]  Effets secondaires : [ ]  Infections [ ]  Cancer [ ]  Autres ……………………

Tolérance de l’association de traitements ciblés

1. **Avez-vous constaté une infection ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

A quelle date est survenue l’infection ? ………………………………….

1. Quel type d’infection ?

[ ]  ORL

Type : ………………………………….

[ ]  Voies aériennes supérieures

Type : ………………………………….

[ ]  Pulmonaire

Type : ………………………………….

[ ]  Digestive

Type : ………………………………….

[ ]  Urinaire

Type : ………………………………….

[ ]  Génitale

Type : ………………………………….

[ ]  Cutanée

Type : ………………………………….

[ ]  Autre

Type : ………………………………….

1. Quelle a été la sévérité de l’infection ?

[ ]  Traitement à domicile

[ ]  A nécessité une hospitalisation

[ ]  A nécessité un séjour en soins continus ou réanimation

1. Est-ce que le patient avait des antécédents d’infections graves sous traitement ciblé ?

 [ ]  OUI [ ]  NON

Si OUI, merci de préciser :

[ ]  ORL

Type : ………………………………….

[ ]  Voies aériennes supérieures

Type : ………………………………….

[ ]  Pulmonaire

Type : ………………………………….

[ ]  Digestive

Type : ………………………………….

[ ]  Urinaire

Type : ………………………………….

[ ]  Génitale

Type : ………………………………….

[ ]  Cutanée

Type : ………………………………….

[ ]  Autre

Type : ………………………………….

1. **Avez-vous constaté la survenue d’un cancer ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

A quelle date est survenu le cancer ? ………………………………….

1. Quel type de cancer a été constaté ?

[ ]  Neurologique

Type : ………………………………….

[ ]  ORL

Type : ………………………………….

[ ]  Pulmonaire

Type : ………………………………….

[ ]  Digestif

Type : ………………………………….

[ ]  Urinaire

Type : ………………………………….

[ ]  Génital

Type : ………………………………….

[ ]  Cutané

Type : ………………………………….

[ ]  Autre

Type : …………………………………

1. Est-ce que le patient avait des antécédents personnels de cancer ?

 [ ]  OUI [ ]  NON

Si OUI, merci de préciser :

[ ]  Neurologique

Type : ………………………………….

Date : ………………………………….

[ ]  ORL

Type : ………………………………….

Date : ………………………………….

[ ]  Pulmonaire

Type : ………………………………….

Date : ………………………………….

[ ]  Digestif

Type : ………………………………….

Date : ………………………………….

[ ]  Urinaire

Type : ………………………………….

Date : ………………………………….

[ ]  Génital

Type : ………………………………….

Date : ………………………………….

[ ]  Cutané

Type : ………………………………….

Date : ………………………………….

[ ]  Autre

Type : …………………………………

Date : …………………………………

1. **Avez-vous constaté la survenue d’autres événements indésirables ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

Si OUI, merci de préciser ……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Efficacité de l’association de traitements ciblés

**Avez-vous constaté une amélioration ?**

Depuis le début du traitement, comment qualifieriez-vous le changement (s’il existe) sur la limitation des activités, des symptômes, des émotions :

Cocher la phrase qui correspond :

[ ]  Pas de changement ou c’est devenu pire

[ ]  Presque pareil, pratiquement pas d’amélioration

[ ]  Un peu mieux mais pas de changement notable

[ ]  Plutôt mieux mais le changement ne fait pas de réelle différence

[ ]  Mieux, le changement est modéré mais notable

[ ]  Mieux, avec sans aucun doute une amélioration réelle qui fait la différence

[ ]  Nettement mieux, une amélioration considérable qui fait toute la différence

**Pouvez-vous préciser l’évolution de l’activité de la (des) maladie(s), en remplissant le(s) tableau(x) suivant(s) (choisissez le(s) score(s) qui convien(nen)t à la pathologie et/ou votre pratique) ?**

[ ]  Cutanée

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A l’initiation | A 3 mois | A 6 mois | A 12 mois |
| PASI |  |  |  |  |
| DLQI |  |  |  |  |
| BSA |  |  |  |  |
| PGA |  |  |  |  |
| Score de Hurley |  |  |  |  |
| PBDAI |  |  |  |  |
| Autres : ………………. |  |  |  |  |

[ ]  Digestive

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A l’initiation | A 3 mois | A 6 mois | A 12 mois |
| CDAI |  |  |  |  |
| HBI |  |  |  |  |
| UCDAI ou score de Mayo |  |  |  |  |
| CRP (mg/L) |  |  |  |  |
| Calprotectine fécale (μg/g) |  |  |  |  |

[ ]  Rhumatologique

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A l’initiation | A 3 mois | A 6 mois | A 12 mois |
| NAD |  |  |  |  |
| NAG |  |  |  |  |
| CRP (mg/L) |  |  |  |  |
| EVA globale patient /10 |  |  |  |  |
| DAS 28 |  |  |  |  |
| BASDAI |  |  |  |  |

[ ]  Pneumologie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A l’initiation | A 3 mois | A 6 mois | A 12 mois |
| CVF |  |  |  |  |
| EFR |  |  |  |  |

Si vous n’avez pas noté d’amélioration, précisez quelle symptomatologie n’a pas été améliorée :

[ ]  Cutanée

[ ]  Digestive

[ ]  Rhumatologique

[ ]  Pneumologie

[ ]  Rénale

[ ]  Neurologique

[ ]  Autre …………………………………………………