**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](mailto: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 …………………………………………………