**FICHE DE RECUEIL**  
**Effet du Rituximab en cas de kératite ulcérante périphérique chez un patient présentant une polyarthrite rhumatoïde.**

**Etude rétrospective observationnelle**

Identification du service : Nom du médecin en charge du patient :

Téléphone :

Email :

Cette fiche doit permettre d’intégrer votre observation dans un travail portant sur l’évaluation d’un traitement systémique par Rituximab dans le traitement des kératites ulcérantes périphériques (PUK) compliquant l’évolution d’une polyarthrite rhumatoïde.

Dr Isabelle Bonnet, Dr Gaetane Nocturne, Dr Antoine Rousseau, et Pr Xavier Mariette

Service de Rhumatologie

Hôpital Bicêtre, APHP

78, rue du Général Leclerc

94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Tel : 01 45 21 24 16 / Fax : 01 45 21 37 57

[bonnetdesplanisabelle@gmail.com](mailto:bonnetdesplanisabelle@gmail.com)

#### CARACTERISTIQUES DU PATIENT

Nom /\_\_/\_\_/ Prénom : /\_\_/\_\_/\_\_/ Sexe : homme femme

Date de Naissance : \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Poids : \_\_\_ kg Taille \_ \_ \_ cm

Tabac \_\_ \_ PA

Antécédents oculaires :

Autres antécédents :

#### DIAGNOSTIC DE PR

Date du diagnostic : (mois/année): \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

1. Autoanticorps (FR et ACPA)

* FR- et ACPA- : OUI NON
* FR+ et/ou ACPA+ à faible taux (1 à 3 x normale) : OUI NON
* FR+ et/ou ACPA+ à taux élevé (>3 x normale) : OUI NON
* AAN : OUI NON

2. Erosive : OUI NON

3. Complication systémique OUI NON

Lesquelles ?

4. Association avec une autre maladie auto-immune : OUI NON

Lesquelles ?

5. Histoire thérapeutique:

**Corticoïdes**: OUI NON Dose moyenne et Dates :

**DMARDs**

* Methotrexate: OUI NON Dates :
* Hydroxychloroquine : OUI NON Dates :
* Salazopyrine: OUI NON Dates :
* Léflunomide: OUI NON Dates :
* Azathioprine : OUI NON Dates :
* Cyclosporine : OUI NON Dates :

**Biomédicaments**

* Anti TNF: OUI NON
  + Si oui le(s)quel(s) : ……………… Dates : ………………………………
  + Si oui le(s)quel(s) : ……………… Dates : ………………………………
* Rituximab: OUI NON Dates :
* Abatacept: OUI NON Dates :
* Tocilizumab: OUI NON Dates :
* Inhibiteurs de JAK OUI NON
  + Si oui le(s)quel(s) : ……………… Dates : ………………………………
  + Si oui le(s)quel(s) : ……………… Dates : ………………………………

#### ACTIVITE DE LA PR AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DE PUK

DAS28 CRP :

CRP : …… mg/l

Dose de corticothérapie : …… mg Dose méthotrexate …….. mg

Traitement de fond de la PR en cours :

#### CARACTERISTIQUES DE LA PUK

Date de survenue jour/mois/année : \_\_/ \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Sécheresse oculaire préexistante : OUI NON

Application de topiques pré ulcère: OUI NON Lesquels ?

Localisation : SUPERIEUR INFERIEUR TEMPORAL NASAL

Latéralité : UNILATERALE / BILATERALE

Perforation : OUI NON

Acuité visuelle au diagnostic de PUK :

Prise en charge chirurgicale : OUI NON

Traitement topique de la PUK :

Autre traitement ophtalmologique de la PUK :

Date 1ère injection de Rituximab jour/mois/année : \_\_/ \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Dose 1ère injection Rituximab (en milligrammes) :

Date 2ème injetion de Rituximab jour/mois/année : \_\_/ \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Dose 2ème injection (en milligrammes)

Schéma d’injections de rituximab suivi (ex : M1-M6-M12 ; M1-M3-M6 …) :

Cortidoides per os : OUI NON

Si OUI, dose de corticoides (en milligrammes) :

Corticoides IV : OUI NON

Si OUI, dose de corticoides (en milligrammes) :

Durée de la corticothérapie en jours :

Réponse oculaire à M3 :

TOTALE (récupération ad intergrum de l’AV) : OUI NON

PARTIELLE (récupération partielle de l’AV initiale) : OUI NON

STABILISATION : OUI NON

ECHEC : OUI NON

Réponse oculaire à M6 :

TOTALE (récupération ad intergrum de l’AV) : OUI NON

PARTIELLE (récupération partielle de l’AV initiale) : OUI NON

STABILISATION : OUI NON

ECHEC : OUI NON

Date dernière consultation ophtalmologique :

Durée suivi ophtalmo

Acuité visuelle finale :

Épaisseur cornéenne finale à l’OCT :

Perte visuelle définitive : OUI NON

Scleromalacie : OUI NON

Récidive : OUI NON

Si OUI, délai de la récidive :

Traitement de la récidive :

#### CARACTERISTIQUES DE LA PR APRES SURVENUE DE PUK

**Corticoïdes post PUK**: OUI NON

Dose moyenne et Dates :

A M3 : ………….

A M6 : …………………

A M12 : ……………………

DAS 28 CRP à M3 du Rituximab :

DAS 28 CRP à M6 du Rituximab :

Changement de traitement par la suite : OUI NON

Raisons du changement :

Si changement, preciser quel(s) nouveau(x) traitement(s) :

**DMARDs**

* Methotrexate: OUI NON Dates :
* Hydroxychloroquine : OUI NON Dates :
* Salazopyrine: OUI NON Dates :
* Léflunomide: OUI NON Dates :
* Azathioprine : OUI NON Dates :
* Cyclosporine : OUI NON Dates :

**Biomédicaments**

* Rituximab: OUI NON Dose : ……………….. Dates : ………………………..
* Anti TNF: OUI NON
  + Si oui le(s)quel(s) : ……………… Dates : ………………………………
  + Si oui le(s)quel(s) : ……………… Dates : ………………………………
* Abatacept: OUI NON Dates :
* Tocilizumab: OUI NON Dates :
* Inhibiteurs de JAK OUI NON
  + Si oui le(s)quel(s) : ……………… Dates : ………………………………
  + Si oui le(s)quel(s) : ……………… Dates : ………………………………

Réponse articulaire au nouveau traitement : bonne moyenne mauvaise

DAS 28 si disponible

#### SUIVI ACTUEL DU PATIENT

- Date de la dernière consultation

- Rhumatologique :

DAS 28 CRP lors de la dernière consultation :

- Ophtalmologique :

*Si vous disposez de photographies de l’examen ophtalmologique, merci de nous les faire parvenir par courrier email : bonnetdesplanisabelle@gmail.com*