**Utilisation d’une biothérapie pour la gestion d’un effet secondaire rhumatologique sous inhibiteur(s) de checkpoint**

***(Etude BIORIC – BIOlogic use for Rheumatic Irae due to Checkpoint inhibitors)***

DATE INCLUSION :

NOM DU MÉDECIN :

CENTRE (Service, Hôpital, Ville) :

EMAIL MÉDECIN :

 PATIENT(E) – DONNÉES INITIALES :

NOM (2 premières lettes) |\_\_ \_\_| PRÉNOM (2 premières lettes) |\_\_ \_\_|

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Sexe : [ ]  Homme [ ]  Femme

**1. CANCER**

Type de cancer :

Métastatique : [ ]  NON [ ]  OUI , sites :

Inhibiteur de checkpoint utilisé :

[ ]  Ipilimumab [ ]  Pembrolizumab [ ]  Nivolumab [ ]  Cemiplimab [ ]  Atezolimumab [ ]  Avelumab [ ]  Combinaison, précisez :

Date d’initiation de l’inhibiteur de checkpoint (JJ/MM/AAAA) : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Traitement(s) oncologique(s) antérieur(s) : [ ]  NON [ ]  OUI, précisez :

|  |  |
| --- | --- |
| **Année** | **Traitement** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Réponse oncologique au moment de l’apparition de toxicité rhumatologique :

[ ]  Réponse complète [ ]  Réponse partielle [ ]  Stable [ ]  Dissociée [ ]  Progression

Gestion de l’inhibiteur de checkpoint :

[ ]  Poursuivi [ ]  Arrêt temporaire, durée (semaines) : [ ] Arrêt définitif

**2. MANIFESTATION RHUMATOLOGIQUE IMMUNO-INDUITE**

Nombre de semaines entre début immunothérapie et apparition symptomatologie rhumatologique :

Nombre de perfusions d’immunothérapie réalisées avant apparition symptomatologie rhumatologique :

Type de manifestation présentée :

[ ]  Polyarthrite [ ]  Oligoarthrite [ ]  Pseudopolyarthrite rhizomélique [ ]  Monoarthrite [ ]  Rhumatisme psoriasique [ ]  Spondylarthrite [ ]  RS3PE

[ ]  Myosite [ ]  Fasciite [ ]  Vascularite, précisez :

[ ]  Connectivite, précisez :

Maladie inflammatoire pré-existante : [ ]  NON [ ]  OUI

Précisez laquelle :

Date du diagnostic  (MM/AAAA ou AAAA) :

Traitement(s) en cours pour la maladie inflammatoire : [ ]  NON [ ]  OUI, précisez :

Traitement(s) antérieurs de la maladie inflammatoire :

|  |  |
| --- | --- |
| **Année** | **Traitement** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

La manifestation rhumatologique immuno-induite est considérée comme une poussée de la maladie inflammatoire pré-existante : [ ]  NON [ ]  OUI

Autre(s) toxicité(s) associée(s) : [ ]  NON [ ]  OUI

Type : [ ]  Digestive [ ]  Endocrinienne [ ]  Dermatologique [ ]  Hépatique [ ]  Pulmonaire

[ ]  Neurologique [ ]  Cardiaque [ ]  Hématologique [ ]  Rénale [ ]  Autre

Précisez :

**3. BIOTHÉRAPIE UTILISÉE POUR GESTION DE LA MANIFESTATION RHUMATOLOGIQUE IMMUNO-INDUITE**

Traitement(s) antérieur(s) de la manifestation rhumatologique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Traitement(s)** | **Dose** | **Dates** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Date d’introduction de la biothérapie (JJ/MM/AAAA) : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Type :

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

Posologie :

Durée (semaines) :  et/ou nombre d’injections/perfusions :

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

Posologie :

Pour TCZ, voie : [ ]  IV [ ]  SC

Durée (semaines) :  et/ou nombre d’injections/perfusions :

[ ]  Anti-CD20 : [ ]  RITUXIMAB

Posologie :

Nombre de perfusion(s) :

[ ]  Anti-IL 1 : [ ]  ANAKINRA

Posologie :

Durée (semaines) :  et/ou nombre d’injections:

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

Posologie :

Durée (semaines) :  et/ou nombre d’injections:

[ ]  Anti-Il 12/23 : [ ]  USTEKINUMAB

Durée (semaines) :  et/ou nombre d’injections:

[ ]  ABATACEPT

Voie : [ ]  IV [ ]  SC

 Durée (semaines) :  et/ou nombre d’injections:

Dose de corticoïdes à l’instauration du traitement biologique :………..mg/j d’équivalent prednisone

Association à un/des cDMARD(s) : [ ]  NON [ ]  OUI, précisez :

CRP à l’initiation de la biothérapie :…………….mg/l

 SUIVI/ ÉVOLUTION

**EFFICACITÉ SUR LA MANIFESTATION RHUMATOLOGIQUE**

[ ]  Résolution [ ]  Amélioration partielle [ ]  Pas d’amélioration [ ]  Aggravation

Si amélioration, durée entre l’instauration de la biothérapie et l’amélioration (semaines) :

Décroissance possible des corticoïdes : [ ]  NON [ ]  OUI

Durée entre l’introduction de la biothérapie et la décroissance des corticoïdes (semaines) :

Dose minimale de corticoïdes atteinte : ………..mg/j d’équivalent prednisone

Durée pour atteindre cette dose minimale de corticoïdes (semaines) :

Association de la biothérapie à l’inhibiteur de checkpoint : [ ]  NON [ ]  OUI

Durée de l’association biothérapie + inhibiteur de checkpoint (semaines) :

**TOLERANCE**

Effet secondaire possiblement lié à la biothérapie (ex infection, perforation, etc): [ ]  NON [ ]  OUI, précisez :

Evolution du cancer : [ ]  Rémission [ ]  Réponse partielle [ ]  Stabilité [ ]  Progression

Durée de suivi (semaines) :

Reprise de l’inhibiteur de checkpoint après utilisation de la biothérapie : [ ]  NON [ ]  OUI

Si reprise de l’inhibiteur de checkpoint, s’agissait-il de la même molécule : [ ]  NON [ ]  OUI

Durée entre l’introduction de la biothérapie et la reprise de l’inhibiteur de checkpoint (semaines) :

Décès : [ ]  NON [ ]  OUI, date :

Autre(s) remarque(s) éventuelle(s) :