

IMPACT D'UNE ASSOCIATION ANTICORPS ANTI-IL5 ET AUTRES TRAITEMENTS CIBLES DANS LES IMID

Contact en cas de question relative au remplissage de ce formulaire de données :

- Léo ETRONNIER (etronnier.leo@gmail.com)
- Jacques MOREL (j-morel@chu-montpellier.fr) ou par courrier (Pr Jacques MOREL, Département de Rhumatologie, Hôpital Lapeyronie, 391 Ae du doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier Cedex 5).

IDENTIFICATION DU MEDECIN COMPLETANT LE QUESTIONNAIRE
--

Date de Recueil : | _ _ | _ _ | _ _ |

Médecin complétant le questionnaire (Nom, Prénom, Fonction) :

Site (Service, Hôpital, Ville) :

Coordonnées (e-mail/téléphone) :

IDENTIFIANT DU CAS

Nom (3 premières lettres) : | _ | _ | _ |

Prénom (2 premières lettres) : | _ | _ |

Sexe (M/F) : | _ |

DDN (jj/mm/aa) : | _ _ | _ _ | _ _ |

Dans le recueil de données, l'évaluation correspond à la dernière évaluation sous association de traitement.

DUREE DE L'ASSOCIATION (en semaines, mois ou années): | _ _ _ _ _ _ _ _ |

DONNEES RELATIVES AU RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE INITIALEMENT DIAGNOSTIQUE

Date du diagnostic de rhumatisme inflammatoire (MM/AAAA) : | __ | ____ |

Type de rhumatisme inflammatoire :

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE :	☐ OUI	☐ NON
- Critères ACR2010 :	☐ OUI	☐ NON
- Statut ACPA :	☐ Positif	☐ Négatif
- Statut érosif :	☐ OUI	☐ NON
SPONDYLOARTHRITE AXIALE :	☐ OUI	☐ NON
- Critères ASAS :	☐ OUI	☐ NON
- Sacroïlite radiographique :	☐ OUI	☐ NON
- Sacroïlite magnétique :	☐ OUI	☐ NON
- Statut HLA-B27+ :	☐ OUI	☐ NON
RHUMATISME PSORIASIQUE :	☐ OUI	☐ NON
- Critères CASPAR :	☐ OUI	☐ NON
- Statut érosif :	☐ OUI	☐ NON
AUTRE RHUMATISME INFLAMMATOIRE :	☐ OUI	☐ NON

Si oui, lequel (en clair) :

Manifestations rhumatologiques au moment du diagnostic de rhumatisme inflammatoire

ATTEINTE PERIPHERIQUE :	☐ OUI	☐ NON
- Arthralgies :	☐ OUI	☐ NON
- Arthrites :	☐ OUI	☐ NON
- Rhizomélisque :	☐ OUI	☐ NON
- Acromélisque :	☐ OUI	☐ NON
- Monoarticulaire :	☐ OUI	☐ NON
- Oligoarticulaire :	☐ OUI	☐ NON
- Polyarticulaire :	☐ OUI	☐ NON
- Petites articulations :	☐ OUI	☐ NON
- Grosses articulations :	☐ OUI	☐ NON
ATTEINTE AXIALE :	☐ OUI	☐ NON
- Rachialgies inflammatoires :	☐ OUI	☐ NON
ATTEINTE ENTHESIQUE :	☐ OUI	☐ NON
- Talalgies inflammatoires :	☐ OUI	☐ NON

Manifestations extra-articulaires au moment du diagnostic de rhumatisme inflammatoire

PSORIASIS :	☐ OUI	☐ NON
MICI :	☐ OUI	☐ NON
UVEITE :	☐ OUI	☐ NON
NODULES RHUMATOIDES :	☐ OUI	☐ NON
PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE DIFFUSE :	☐ OUI	☐ NON
AUTRES (préciser) :	☐ OUI	☐ NON

DONNEES RELATIVES AU SYNDROME DE GOUGEROT SJOGREN INITIALEMENT DIAGNOSTIQUE
--

Date du diagnostic (MM/AAAA) : | __ | ____ |

CRITERES DIAGNOSTIQUES :

Sécheresse oculaire subjective	☐ OUI	☐ NON
Sécheresse buccale subjective	☐ OUI	☐ NON
Schirmer < 5 mm/5 min	☐ OUI	☐ NON
Flux salivaire < 1.5 ml/15 min	☐ OUI	☐ NON
Anti-SSA et/ou anti-SSB +	☐ OUI	☐ NON
BGSA	☐ OUI	☐ NON
Focus Score : __ _		

DONNEES RELATIVES A LA MALADIE DE HORTON INITIALEMENT DIAGNOSTIQUEE
--

Date du diagnostic (MM/AAAA) : | __ | ____ |

CRITERES DIAGNOSTIQUES :

Age > 50 ans	☐ OUI	☐ NON
Céphalées récentes, rebelles	☐ OUI	☐ NON
Anomalies cliniques des artères temporales	☐ OUI	☐ NON
VS > 50mm à 1h	☐ OUI	☐ NON
Anomalies caractéristiques à la BAT	☐ OUI	☐ NON
Aortite	☐ OUI	☐ NON

PROFIL BIOLOGIQUE

VS __ _

CRP __ _

CLINIQUE

PPR	☐ OUI	☐ NON
Signes neurologiques centraux	☐ OUI	☐ NON
Atteinte oculaire	☐ OUI	☐ NON
Artérites des mb sup.	☐ OUI	☐ NON
Artérite des mb inf.	☐ OUI	☐ NON

EXPLORATIONS VASCULAIRES

Echo-doppler de l'artère temporale	Signe du halo __ _	Occlusions/sténoses __ _
------------------------------------	--------------------	--------------------------

DONNEES RELATIVES AU LUPUS SYSTEMIQUE INITIALEMENT DIAGNOSTIQUEE

Date du diagnostic (MM/AAAA) : | __ | ____ |

CRITERES DIAGNOSTIQUES (ACR) :

Eruption malaire	☐ OUI	☐ NON
Lupus discoïde	☐ OUI	☐ NON
Photosensibilité	☐ OUI	☐ NON
Ulcérations buccales ou nasopharyngées	☐ OUI	☐ NON
Polyarthrite non érosive	☐ OUI	☐ NON
Pleurésie ou péricardite	☐ OUI	☐ NON
Protéinurie > 0.5/j ou cylindres d'hématies ou de leucocytes	☐ OUI	☐ NON
Convulsions ou psychoses	☐ OUI	☐ NON
Anémie hémolytique	☐ OUI	☐ NON
Leucopénie < 4G/l à 2 reprises	☐ OUI	☐ NON
Lymphopénie < 1.5 G/l à 2 reprises	☐ OUI	☐ NON
Thrombopénie < 100 G/l	☐ OUI	☐ NON
Anti-ADN	☐ OUI	☐ NON
Anti-Sm	☐ OUI	☐ NON
Anticoagulant lupique ou anti-cardiolopine ou fausse sérologie syphilitique	☐ OUI	☐ NON
AAN	☐ OUI	☐ NON
Résultats de la biopsie rénale	---	

DONNEES RELATIVES AUX TRAITEMENTS DE FOND DU RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE – MALADIE AUTO-IMMUNE - VASCULARITE
--

Nombre de traitement(s) de fond antérieur(s) à l'association Ac anti-IL-5 et DMARD :

Nombre de csDMARDs préalablement initiés et arrêtés (en clair) :

Nombre de bDMARDs préalablement initiés et arrêtés (en clair) :

Nombre de tsDMARDs préalablement initiés et arrêtés (en clair) :

Traitement de fond en cours au moment de l'association Ac anti-IL-5 et DMARD :

csDMARD (DCI en clair) :

Date d'initiation du traitement de fond (MM/AA) :

Voie administration, posologie :

		__		____	
--	--	----	--	------	--

bDMARD (DCI en clair) :

Date d'initiation du traitement de fond (MM/AA) :

Voie administration, posologie :

		__		____	
--	--	----	--	------	--

tsDMARD (DCI en clair) :

Date d'initiation du traitement de fond (MM/AA) :

Posologie :

		__		____	
--	--	----	--	------	--

Corticothérapie générale en cours au moment de l'association Ac anti-IL-5 et tDMARD:

Date d'initiation corticothérapie générale (MM/AA) :

Posologie corticothérapie générale en équivalent prednisone :

		__		____	
		__			mg/j

Traitement par AINS en cours au moment de l'association Ac anti-IL-5 et tDMARD :

Date d'initiation (MM/AA) :

Nom (DCI, en clair) :

Posologie :

		__		____	

		__			mg/j

Évolution du rhumatisme inflammatoire sous le traitement de fond (± corticothérapie générale ± AINS) en cours au moment de l'association Ac anti-IL-5 et tDMARD

*Amélioration :

☐ OUI

☐ NON

**Stabilité :

☐ OUI

☐ NON

***Aggravation :

☐ OUI

☐ NON

**Amélioration : avis du clinicien et/ou diminution DAS28≥1.2 pour PR ou RhPso, diminution ASDAS ≥1.1 pour ax-SpA*

***Stabilité : absence d'amélioration ou d'aggravation selon le clinicien et/ou selon l'évolution du DAS28 ou de l'ASDAS*

****Aggravation : avis du clinicien et/ou augmentation DAS28≥1.2 pour PR ou RhPso, augmentation ASDAS ≥1.1 pour ax-SpA*

DONNEES RELATIVES AU DIAGNOSTIC DE MALADIE PULMONAIRE

Date du diagnostic de l'asthme (MM/AAAA) : | _ _ | _ _ _ _

Données relatives au diagnostic initial d'asthme :

SYMPTOMES D'ASTHME :	☐ OUI	☐ NON
EFR AU DIAGNOSTIC :	☐ OUI	☐ NON
VEMS/CVF : _ _ _		
Réversibilité du TVO :		
Significative :	☐ OUI	☐ NON
Complète :	☐ OUI	☐ NON
ANOMALIES RADIOGRAPHIQUES	☐ OUI	☐ NON
FACTEURS FAVORISANTS :		
Rhinite :	☐ OUI	☐ NON
Allergies respiratoires :	☐ OUI	☐ NON
Allergies alimentaires :	☐ OUI	☐ NON
Intolérance à l'aspirine ou aux AINS	☐ OUI	☐ NON
Tabac actif	☐ OUI	☐ NON
TESTS CUTANÉES	☐ OUI	☐ NON
En cas de positivité, précisez : _ _ _		
IgE TOTALE (UI/ml) : _ _ _		
EOSINOPHILES (G/l) : _ _ _		

DONNEES RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA MALADIE PULMONAIRE

Modalités thérapeutiques de la maladie pulmonaire : *(si traitement toujours en cours ne pas remplir la date de fin)*

Béta 2 mimétique : ☐ OUI ☐ NON
 Début (MM/AA) : |__| |__| | Fin : |__| |__| | Durée (mois) : ____
 Dose quotidienne : _____ mg/j
 Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) :

Corticoïdes inhalés : ☐ OUI ☐ NON
 Début (MM/AA) : |__| |__| | Fin : |__| |__| | Durée (mois) : ____
 Dose quotidienne : _____ mg/j
 Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) :

Aérosols : ☐ OUI ☐ NON
 Début |__| |__| | Fin |__| |__| | Durée (jours) : ____
 Dose quotidienne : _____ g/j
 Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) :

Date d'initiation de l'Ac anti-IL5 de la maladie pulmonaire (MM/AAAA) |__| |__| |
 Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) :

Vaccination anti-grippal : ☐ OUI ☐ NON

Vaccination anti-pneumococcique : ☐ OUI ☐ NON

Évolution globale sous traitement de la maladie pulmonaire

Guérison (jugement du clinicien) : ☐ OUI ☐ NON

Amélioration (jugement du clinicien) : ☐ OUI ☐ NON

Aggravation (jugement du clinicien) : ☐ OUI ☐ NON

Complication : ☐ OUI ☐ NON

- Si Oui, laquelle

Décès : ☐ OUI ☐ NON

Évolution des manifestations cliniques pulmonaires au moment de l'association Ac anti-IL-5 et tDMARD :

Signes généraux : ☐ Guérison ☐ Amélioration ☐ Aggravation

Signes pulmonaires : ☐ Guérison ☐ Amélioration ☐ Aggravation

DONNEES RELATIVES A L'EVOLUTION SOUS TRAITEMENT DE LA MALADIE PULMONAIRE

Évolution globale sous traitement de la maladie pulmonaire

Guérison (jugement du clinicien) :	☐ OUI	☐ NON
------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Amélioration (jugement du clinicien) :	☐ OUI	☐ NON
--	------------------------------	------------------------------

Aggravation (jugement du clinicien) :	☐ OUI	☐ NON
---------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Complication :	☐ OUI	☐ NON
----------------	------------------------------	------------------------------

- Si Oui, laquelle _ _ _

Décès :	☐ OUI	☐ NON
---------	------------------------------	------------------------------

Évolution des manifestations cliniques pulmonaires au moment de l'association Ac anti-IL-5 et tDMARD :

Signes généraux :	☐ Guérison	☐ Amélioration	☐ Aggravation
-------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Signes pulmonaires :	☐ Guérison	☐ Amélioration	☐ Aggravation
----------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

SYMPTOMES D'ASTHME :	☐ OUI	☐ NON
-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

DYSPNEE	☐ amélioration	☐ aggravation ☐ stable
----------------	--	---

EFR AU DIAGNOSTIC :	☐ OUI	☐ NON
----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

VEMS/CVF : _ _ _

Réversibilité du TVO :

Significative :	☐ OUI	☐ NON
-----------------	------------------------------	------------------------------

Complète :	☐ OUI	☐ NON
------------	------------------------------	------------------------------

IgE TOTALE (UI/ml) : _ _ _

EOSINOPHILES : _ _ _

DONNEES RELATIVES A L'EVOLUTION SOUS TRAITEMENT DU RIC

Date de la dernière évaluation du RIC (MM/AAAA) | _ _ | _ _ _ _ |

Évolution globale du RIC (dernière évaluation) sous traitement de la maladie pulmonaire :

Rémission ou faible activité * : ☐ OUI ☐ NON

Stabilité** : ☐ OUI ☐ NON

Aggravation*** : ☐ OUI ☐ NON

DAS28 = **BASDAI =** **ESSDAI =** **SLEDAI =**

VS = CRP =

***Rémission ou faible activité : avis du clinicien** et/ou diminution DAS28 $\geq$ 1.2 ou DAS 28 < 2.6 pour PR ou RhPso, diminution ASDAS $\geq$ 1.1 ou ASDAS < 1.3 pour ax-SpA.

****Stabilité :** absence d'amélioration ou d'aggravation selon le clinicien et/ou selon l'évolution du DAS28 ou de l'ASDAS

*****Aggravation** : avis du clinicien et/ou augmentation DAS28 $\geq$ 1.2 pour PR ou RhPso, augmentation ASDAS $\geq$ 1.1 pour ax-SpA

Date de la rémission ou de la faible activité si applicable (MM/AAAA) : | __ | ____ |

Évolution du traitement initial du RIC (dernière évaluation) sous traitement de la maladie pulmonaire :

- Si traitement de fond initial :

☐ Poursuivi à l'identique

- Réduction de dose

- Arrêt

- Remplacement

Si remplacement, lequel (en clair) :

- Si corticothérapie orale initiale : (cocher la case correspondante)

☐ Poursuivi à l'identique

- Réduction de dose

- Arrêt

- Remplacement

Si remplacement, lequel (en clair) :

- Si AINS initial : (cocher la case correspondante)

☐ Poursuivi à l'identique

- Réduction de dose

- Arrêt

- Remplacement

Si remplacement, lequel (en clair) :

En cas de rémission ou de faible activité, puis de récurrence du RIC sous ou après traitement de la maladie pulmonaire :

Délai de récidence du rhumatisme inflammatoire (en mois) : _____

Délai de récurrence des manifestations rhumatologiques (en mois) : _____

Cette récurrence du RIC est-elle survenue dans un contexte de récurrence de la maladie pulmonaire ?

☐ OUI☐ NON

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT DES MANIFESTATIONS EXTRA ARTICULAIRES

Date de la dernière évaluation de la manifestation EA (MM/AAAA) | __ | ____ |

PSORIASIS :	☐ OUI	☐ NON
MICI :	☐ OUI	☐ NON
UVEITE :	☐ OUI	☐ NON
NODULES RHUMATOIDES :	☐ OUI	☐ NON
PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE DIFFUSE :	☐ OUI	☐ NON
AUTRES (préciser) :	☐ OUI	☐ NON

Évolution globale de la manifestation extra-articulaire (dernière évaluation) sous traitement de la maladie pulmonaire et de l'IMID (jugement du clinicien ou du radiologue) :

Rémission ou faible activité :	☐ OUI	☐ NON
Stabilité :	☐ OUI	☐ NON
Aggravation :	☐ OUI	☐ NON

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT DU SYNDROME DE GOUGEROT SJOGREN

Dernier bilan immunologique

Anticorps anti-nucléaires __ __	FR __ __	
C3 __ __	C4 __ __	C50 __ __
Cryoglobulinémie positive	☐ OUI	☐ NON

ESSDAI Date __ __

Score total __ __

Score dans chaque domaine :

Signes généraux __ __	Atteinte rénale __ __
Lymphadénopathies __ __	Atteinte musculaire __ __
Atteinte glandulaire __ __	Atteinte neurologique périphérique __ __
Atteinte articulaire __ __	Atteinte neurologique centrale __ __
Atteinte cutanée __ __	Atteinte hématologique __ __
Atteinte pulmonaire __ __	Domaine biologique __ __

COMORBIDITES

Atteinte interstitielle pulmonaire	☐ OUI	☐ NON
Lymphome	☐ OUI	☐ NON

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT DU LUPUS SYSTEMIQUE
--

Dernier bilan immunologique

Anticorps anti-nucléaires _ _ _	FR _ _ _	
C3 _ _ _	C4 _ _ _	C50 _ _ _
Cryoglobulinémie positive	☐ OUI	☐ NON

SLEDAI

Date _ _ _

Score total _ _ _

Score dans chaque domaine :

Convulsion _ _ _	Cylindres urinaires _ _ _
Psychose _ _ _	Hématurie _ _ _
Atteinte cérébrale _ _ _	Protéinurie _ _ _
Troubles visuels _ _ _	Pyurie _ _ _
Nerfs craniens _ _ _	Alopécie _ _ _
Céphalées _ _ _	Ulcères muqueux _ _ _
AVC _ _ _	Pleurésie _ _ _
Vascularite	Péricardite _ _ _
Arthrites	Complément _ _ _
Myosite	Anti-ADN _ _ _
Fièvre _ _ _	Thrombopénie _ _ _
	Leucopénie _ _ _

EFFETS INDESIRABLES SOUS TRAITEMENT
--

INFECTIONS :	☐ OUI	☐ NON
Infections ORL	☐ OUI	☐ NON
Infections broncho-pulmonaires	☐ OUI	☐ NON
Infections parties molles	☐ OUI	☐ NON
Réactivation de tuberculose	☐ OUI	☐ NON
Réactivation VHB	☐ OUI	☐ NON
Réactivation VHC	☐ OUI	☐ NON
Zona	☐ OUI	☐ NON
Autres (précisez) : _ _ _		
NEOPLASIE :	☐ OUI	☐ NON
Si oui précisez : _ _ _		
TROUBLES DU TRANSIT	☐ OUI	☐ NON
Si oui précisez : _ _ _		
CYTOLYSE HEPATIQUE	☐ OUI	☐ NON
Si oui précisez : taux de TGO = Taux de TGP =		
SIGNES NEUROLOGIQUES	☐ OUI	☐ NON
Si oui préciser :		
REACTIONS CUTANEEES :	☐ OUI	☐ NON
ECZEMA	☐ OUI	☐ NON
PSORIASIS	☐ OUI	☐ NON
TRAITEMENT DE L'EFFET INDESIRABLE : _ _ _		
Antibiothérapie :	☐ OUI	☐ NON
Préciser : _ _ _		
Durée : _ _ _		
Autres :	☐ OUI	☐ NON
Préciser : _ _ _		
Durée : _ _ _		