**MyotoxICI**

**Si besoin d’aide, contactez : Céline ANQUETIL** [**celine.anquetil@inserm.fr**](mailto:celine.anquetil@inserm.fr)

**Ou ALLENBACH Yves** [**yves.allenbach@aphp.fr**](mailto:yves.allenbach@aphp.fr)

IDENTIFICATION

Date d’inclusion : │ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │

Initiales du patient : │ \_ │ \_ │

N° d’inclusion : \_ \_ \_ \_ \_

Médecin référent : …………………………….

Service : ……………………………

Contact (e-mail/téléphone) : ……………………………….

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Sexe (M/F) : │ \_ │ DDN (jj/mm/aa) : │ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │

Antécédents personnels auto-immunité (O/N) : │ \_ │ Antécédents familiaux auto-immunité (O/N) : │ \_ │

- ……………………………… - ……………………………….

- ……………………………… - ……………………………….

- ……………………………… - ……………………………….

- ……………………………… - ………………………………..

Profession : ………………………………………………………….

Traitements : Statines (O/N) : │ \_ │

Tabac (O/N) : │ \_ │ Alcool (O/N) : │ \_ │ Toxique (O/N) : │ \_ │

CRITERES D’INCLUSION

* Patient sous inhibiteur de checkpoint immunitaire

**ET 2/3 critères suivants au minimum**

* Symptômes musculaires (myalgies, déficit musculaire) et/ou oculo-moteurs (ptosis, diplopie)
* CPK > 2N
* Examen complémentaire évocateur de myosite (IRM, Tep musculaire, EMG, biopsie musculaire)

PHENOTYPE CLINIQUE

1. **Oncologique**
2. Diagnostic

* Date du diagnostic (JJ/MM/AA) : │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
* Siège de la tumeur primaire
  + Cutané
  + Poumon
  + Rénal
  + Autre :……………………………………………………………………………………………………
* Type de tumeur : ………………………………………………………………………………………………….
* Classification (TNM) : T N M
* Histologie diagnostique :
  + Date du prélèvement │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + Nom du service d’anatomo-pathologie : …………………………………………………………….
  + Type de biopsie : ………………………………………………………………………………………..
  + Résultat : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Mutations génétiques (O/N/NR) : │ \_ │ si oui : ……………………………………………………………

1. Bilan d’extension initial

* Poids (kg) : │ \_ \_ \_ \_ │ Taille (cm) : │ \_ \_ \_ \_ │
* PFS au diagnostic oncologique : │ \_ \_ \_ \_ │
* Biologie :
  + Marqueurs sériques :…………………………………………………………………………………….
  + CPK au diagnostic du cancer CPK (UI/L) : │ \_ \_ \_ \_ │
  + Créatinine (µmol/l) : │ \_ \_ \_ \_ │
  + Clairance de la créatinine (ml/min) : │ \_ \_ \_ \_ │(formule utilisée :………………………)
  + Albumine (g/l) │ \_ \_ \_ \_ │
  + Troponine T (ng/l) │ \_ \_ \_ \_ │
* TDM Thoraco-abdomino-pelvienne : normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │

Si non : types d’anomalies …………………………………………………………………………………………

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

* EFR : normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + VEMS (%) : │ \_ \_ \_ │
  + CVF (%) : │ \_ \_ \_ │
  + CPT (%) : │ \_ \_ \_ │
  + DLCO (%) : │ \_ \_ \_ │

* ECG : normal (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + Tachycardie
  + Trouble du rythme
  + Trouble de la conduction
* ETT : normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + FEVG (%) : │ \_ \_│
  + PAPs (mmHg) : │ \_ \_ │
  + POD (mmHg) : │ \_ \_ │
  + Valvulopathie
  + Trouble de la fonction diastolique
* Imagerie cérébrale :
  + TDM normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + IRM normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
* Autres explorations : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................................

1. **Myosite sous immune checkpoint inhibiteur**
2. Caractéristiques cliniques

* Date du diagnostic (JJ/MM/AA) : Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
* Date des 1iers signes (JJ/MM/AA) :  Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
* Délai première injection ICI / Premiers symptômes (jours) : │ \_ \_ \_ \_ │
* Premier symptôme : Myalgies Déficit Oculomoteur Autre : …………………
* Myalgies : Repos Effort
* Déficit : Distal Proximal Axial
* Oculomoteur : Ptosis Diplopie
* Dysphagie
* Testing moteur :
  + Barré (s) : │ \_ \_ │
  + Mingazzini (s) : │ \_ \_ │
  + Atteinte diaphragmatique : (O/N/NR) : │ \_ │

Ventilation mécanique non invasive

Ventilation mécanique invasive

* + MMT8 (Manual Muscle Testing) :

Score : │ \_ \_ │/ 150

Détail :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Groupe musculaire | Droit (0-10) | Gauche (0-10) | Axial (0-10) |
| Fléchisseurs du cou | - | - |  |
| Deltoïde moyen |  |  | - |
| Biceps brachial |  |  | - |
| Grand glutéal |  |  | - |
| Moyen glutéal |  |  | - |
| Quadriceps |  |  | - |
| Extenseurs du poignet |  |  | - |
| Fléchisseurs du poignet |  |  | - |
| Fléchisseurs dorsaux de cheville |  |  | - |
| Fléchisseurs plantaires de cheville |  |  | - |

* Atteinte extra-musculaire :
  + Cutanée :

Erythrodermie

Rash héliotrope

Papules de Gottron

Mains de mécaniciens

Ulcérations

* + Articulaire

Arthralgies

Arthrites

* + Pulmonaire

Dyspnée

Pneumopathie interstitielle

* + Cardiaque

Troubles du rythme

Péricardite

Myocardite

* Autre effet indésirable immunologique concomittant (O/N/NR) : │ \_ │

si oui, préciser : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Examens biologiques

* Au diagnostic : CPK (UI/L) │ \_ \_ \_ \_ │ Créatinine (µmol/l) │ \_ \_ \_ \_ │

Troponine T (ng/L) │ \_ \_ \_ \_ │ Troponine I (µg/L) │ \_ \_ \_ \_ │

LDH (UI/L) │ \_ \_ \_ \_ │ ASAT (U/l) │ \_ \_ \_ \_ │

NT-proBNP (pg/ml) │ \_ \_ \_ \_ │

* Au maximum : CPK (UI/L) │ \_ \_ \_ \_ │ Créatinine (µmol/l) │ \_ \_ \_ \_ │

Troponine T (ng/L) │ \_ \_ \_ \_ │ Troponine I (µg/L) │ \_ \_ \_ \_ │

NT-proBNP (pg/ml) │ \_ \_ \_ \_ │

* Immunologique :
  + Anticorps anti-nucléaires  Taux : 1/ \_ \_ \_ \_
  + Dot myosite
    - Fluorescence :………………………………………………………………………
    - Anti-Mi-2  Anti-MDA5)
    - Anti-SRP Anti-TIF1γ
    - Anti-JO1  Anti-PL7
    - Anti-EJ   Anti-PL12
    - Anti-OJ   Anti-SAE
    - Anti-PM-Scl  Anti-NXP2
    - Anti-Ku   Anti-Ro52
  + Autres anticorps
    - Anti-HMGCR
    - Autre spécificité Type : ……………………………………………..
  + Anti-RAch Anti-muSK
  + Anti-onconeuronaux
  + Facteur rhumatoïde  Anti-CCP
  + Complément : C3 (%) │\_ \_ \_ │ C4 (%) │\_ \_ \_ │ CH50 (%) │\_ \_ \_ │

1. Explorations complémentaires

* EMG : normal (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + Syndrome myogène
  + Atteinte de la jonction neuro-musculaire
  + Syndrome neurogène
* IRM musculaire : normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + Hypersignaux

si oui, localisation :…………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………….

* + Atrophie musculaire
* Tep-scanner : normal (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │

Si non : types d’anomalies …………………………………………………………………………………………

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

* Biopsie musculaire : (Joindre CR)
  + Date de réalisation : │ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │
  + Service d’anatomopathologie : …………………………………………………………………………
  + Site de la biopsie : ………………………………………………………………………………………..
  + Microscopie optique (résultats) : ………………………………………………………………………..

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

* + Relecture : Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │ ………………………………………………………………………………………………….

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

* + Immunomarquages :
    - PD-1 : (O/N/NR) │ \_ │ Résultat : ……………………………………………….
    - PD-L1 : (O/N/NR) │ \_ │ Résultat : ……………………………………………….
* TDM thoracique : normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │

Si non, résultats : …………………………………………………………………………………………

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

* EFR : normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + VEMS (%) : │ \_ \_ \_ │
  + CVF (%) : │ \_ \_ \_ │
  + CPT (%) : │ \_ \_ \_ │
  + DLCO (%) : │ \_ \_ \_ │

* ECG : normal (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + Tachycardie
  + Trouble du rythme
  + Trouble de la conduction
* ETT : normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + FEVG (%) : │ \_ \_│
  + PAPs (mmHg) : │ \_ \_ │
  + POD (mmHg) : │ \_ \_ │
  + Valvulopathie
  + Trouble de la fonction diastolique
* IRM cardiaque : normale (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
* Si non, résultats : …………………………………………………………………………………………

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

* Tep-scanner cardiaque normal (O/N/NR) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
* Biopsie endomyocardique : (Joindre CR)
  + Date de réalisation : │ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │
  + Service d’anatomopathologie : …………………………………………………………………………
  + Site de la biopsie : ………………………………………………………………………………………..
  + Microscopie optique (résultats) : ………………………………………………………………………..

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

* + Immunomarquages :
    - PD-1 : (O/N/NR) │ \_ │ Résultat : ……………………………………………….
    - PD-L1 : (O/N/NR) │ \_ │ Résultat : ……………………………………………….
* Autres explorations : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................................

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ONCOLOGIQUE

* Chirurgie : (O/N/I) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │
  + Localisation : …………………………………………………………………………………………………………….
  + Résection : ………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Traitement (DCI) | Dose | Date de début | Date de fin | Réponse |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L’ATTEINTE MUSCULAIRE

* Arrêt Immunothérapie : (O/N/I) : │ \_ │ Date │ \_ \_ ││ \_ \_ ││ \_ \_ │

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Traitement (DCI) | Dose | Date de début | Date de fin | Réponse |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

EVOLUTION

* Réintroduction d’une immunothérapie (O/N/I) : │ \_ │
  + Si oui, modalités (DCI, dose, réponse) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
  + Tolerance :
    - récidive irAE (O/N/NR) │ \_ │
    - autre irAE (O/N/NR) │ \_ │ si oui : …………………………………………
* Date des dernières nouvelles (jj/mm/aa) : │ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │
* Evaluation à la date des dernières nouvelles
  + Déficit musculaire (O/N/NR) │ \_ │
  + PFS │ \_ \_ \_ │
  + mRS │ \_ \_ \_ │
  + taux de CK (UI/L) │ \_ \_ \_ │
  + taux de troponine T (ng/l) │ \_ \_ \_ │
  + imagerie (O/N/NR) │ \_ │ si oui :……………………………………
* Traitements à la date des dernières nouvelles :
  + ………………………………..
  + ………………………………..
  + …………………………………
  + …………………………………
* Décès :
  + Non
  + Oui Date (jj/mm/aa) : │ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │ Cause : ……………………………………