**MyotoxICI**

**Si besoin d’aide, contactez : Céline ANQUETIL** **celine.anquetil@inserm.fr**

**Ou ALLENBACH Yves** **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 : ……………………………………