Une image contenant texte

Description générée automatiquement****

**CRF étude SAM-ICI**  
**Etudes des syndromes d’activation macrophagique liés aux inhibiteurs du checkpoint**

**Date du recueil : N° patient**  :

**Nom Investigateur : JAUZELON Benjamin**

**Mail investigateur : b-jauzelon@chu-montpellier.fr**

**Tel investigateur : 06 40 59 70 57**

**Centre : CHU de Montpellier**

**Patient anonymisé**

2 premières lettres nom :

2 premières lettres prénom :

Sexe (M/F) :

Âge au moment du SAM :

**Validation des critères de l’étude SAM-ICI** *(cocher les cases)*

|  |  |
| --- | --- |
| Oui  Non | Patient(e) adulte suivi(e) pour un cancer et qui a été traité par un inhibiteur du checkpoint |
| Oui  Non | Le patient présente (ou a présenté) un syndrome d’activation macrophagique au cours de son traitement par inhibiteur du checkpoint. |
| Oui  Non | Non opposition du patient pour le recueil des données. |

**A propos de la maladie tumorale :**

|  |
| --- |
| Type de tumeur et histologie :  Date du diagnostic :  Localisation primitive :  Localisation(s) secondaire(s) à préciser :  Métastase(s) osseuse(s) connue(s) ? Oui/Non : |

**Résumés des traitements anticancéreux** (lignes préalables de traitements systémiques anticancéreuses (immunothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées, radiothérapie…)

|  |
| --- |
| * Ligne 1 : * Ligne 2 : * Ligne 3 : * Ligne 4 : |

**Préciser le type d’inhibiteur du checkpoint reçu** :

* Nom de la molécule :
* Voie d’administration (IV, sous-cutanée, orale, intra-tumorale) :
* Dose et fréquence d’administration :
* Nombre d’injections jusqu’à la survenue du SAM:
* Nombre d’injections reçues en tout :

**Meilleure réponse antitumorale observée sous ICI ?** (Selon les critères en vigueur)

☐ Réponse complète

☐ Réponse partielle

☐ Stable

☐ Progression

☐ Non évalué

☐ Autre à préciser =

**Au moment de la survenue du SAM, la réponse observée sous ICI était :** (Selon les critères en vigueur)

☐ Réponse complète

☐ Réponse partielle

☐ Stable

☐ Progression

☐ Non évaluée

☐ Autre à préciser =

**Compléter les éléments suivants concernant le syndrome d’activation macrophagique** *(cocher la case correspondante pour chaque item)*

**Immunodépression sous-jacente connue** :

Oui :

Antécédent de chimiothérapie

Corticoïdes au long cours

VIH

Déficit immunitaire primitif (DICV etc…)

Autre immunosuppression (préciser : ………………………………………..)

Non

**Température maximale :**

…….. °C

Inconnu

**Hépatomégalie**

Oui

Non

Inconnu

**Splénomégalie**

Oui

Non

Inconnu

**Taux d’hémoglobine le plus bas :**

……… g/dL

Inconnu

**Taux de plaquettes le plus bas :**

……… G/L

Inconnu

**Taux de ferritine le plus haut (ng/mL) :**

…….. ng/mL

Inconnu

**Taux de triglycérides le plus élevé (mmol/L) :**

……… mmol/L

Inconnu

**Taux de fibrinogène le plus bas (g/L)**

……… g/L

Inconnu

**Taux d’ASAT le plus élevé (UI/L)**

……….. UI/L

Inconnu

**Taux de CRP (mg/L) :**

………………..

Inconnu

**Aspect d’hémophagocytose au myélogramme**

Oui

Non

Non réalisé

**Réactivation EBV**

Oui (charge virale : ………………………)  
 Non  
 Inconnu

**Sepsis**

Oui (germe, si mis en évidence : …………………….)  
 Non

**Taux de ferritine glycosylée au moment du SAM (si dosée) :**

………………..

**Grade CTCAE max :**

1

2

3

4

5

**Quels ont été le(s) traitement(s) donné(s) pour traiter le syndrome d’activation macrophagique?**

Aucun

Corticoïdes systémiques per os / IV (précisez la dose : …………….. et la durée : ……………..)

Etoposide

IgIV

Rituximab

☐ Autre(s), si oui précisez :  Anakinra

Tocilizumab

Anti-Jak

**Veuillez indiquer les lignes de traitements du SAM avec leurs efficacités :**

* Ligne 1 :
* Ligne 2 :
* Ligne 3 :
* Autres :

**Le patient a-t-il nécessité une prise en charge en soins continus / réanimation ?**

Oui

Non

**La survenue du SAM a entrainé :**

☐ Une suspension de l’ICI

☐ Un arrêt définitif de l’ICI

☐ N’a pas influencé significativement l’administration de l’ICI

**Y a-t-il eu rechallenge (réintroduction de l’ICI) ?**

☐Oui

-Date :

-Molécule :

-Voie d’administration :

-Réapparition du SAM ? Si oui, nombre d’injections avant réapparition : ………

☐Non

**Survenue d’autre(s) effets indésirables immunologiques relié aux ICI ?**

Non

Oui 🡺 Si oui, préciser :

Thyroïdite (grade : ……..)

Dermatite (grade : ……..)

Colite (grade : ……..)

Rhumatisme inflammatoire (grade : ……..)

Myosite (grade : ……..)

Myasthénie (grade : ……..)

Myocardite (grade : ……..)

Autres, préciser : ………….

**Suivi** Date des dernières nouvelles :

Aux dernières nouvelles, le SAM était :

Non-résolu

En rémission

**Statut vital aux dernières nouvelles**

Décès :

Non

Oui ==> si oui, préciser :

* Date du décès :
* Cause du décès :
* Décès en lien de causalité avec le SAM ou ses traitements (oui/non) ? :
* Si oui préciser :

**Description libre du SAM (aspect clinique, défaillance d’organes…)**(texte libre) :

|  |
| --- |
| Résumé clinique et éléments du diagnostic : |