**Registre national syndrome AAPOX**

**(Xanthogranulomatose PériOrbitaire et Asthme de l’Adulte )**

***Merci de bien vouloir renvoyer à :***

**Investigatrice : Laura Licini1: lauralicini1@gmail.com**

**Référente pneumologue : Lucile Sésé2: lucile.sese@aphp.fr**

**Coordonnateurs : Thibaud Chazal3 :** [**tchazal@for.paris**](mailto:tchazal@for.paris) **et**

**Sébastien Abad4:** [**sebastien.abad@aphp.fr**](mailto:sebastien.abad@aphp.fr)

1. Service d’Ophtalmologie, Chirurgie plastique Reconstructive Orbito-Palpébrale, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, France.
2. Service de Pneumologie, Hôpital Avicenne, Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Bobigny, France.
3. Service de Médecine Interne, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris, France. Tel : 0148036881
4. Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Bobigny, France. Tel : 0625895138, fax : 0148955450

# EPIDEMIOLOGIE

**Nom (3 lettres) :** ⎣\_⎣\_⎣\_  **Prénom (2 lettres) :** ⎣\_⎣\_

**Age actuel (années) :** ⎣\_⎣\_ **Sexe :** ⎣\_ (F/femme, H/homme)

**Date de naissance** : ⎣\_⎣\_⎣\_⎣\_⎣\_⎣\_⎣\_⎣\_

**Nom et email du médecin :** ……………………………………………………………………….

**Centre hospitalier** :………………………………………………………………………………….

**Ville :** …………………………………………………………………………………………………..

# DIAGNOSTIC DU SYNDROME AAPOX

**Définition :** Xanthogranulomatose péri-orbitaire associée à un asthme de révélation tardive

Date du diagnostic (MM/AAAA) : ⎣ \_⎣\_ / ⎣\_⎣\_⎣\_⎣\_

# CARACTERISTIQUES DE L’ATTEINTE INFLAMMATOIRE de L’ORBITE et de ses ANNEXES

**Date du diagnostic de l’atteinte inflammatoire orbitaire (MM/AAAA) : ⎣** \_**⎣**\_ **/ ⎣**\_**⎣**\_**⎣**\_**⎣**\_

**Atteinte orbitaire inaugurale : Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Atteinte orbitaire : Unilatérale ☐ Bilatérale ☐** Si unilatérale, côté : **⎣**\_**⎦**

**Délai entre atteinte orbitaire et asthme (mois) :** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Traitement en cours si atteinte orbitaire apparue au cours du suivi :**……………………

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

**Symptômes révélateurs de l’atteinte orbitaire :**

Douleur orbitaire **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Diplopie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Paralysie oculo-motrice **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Baisse de l’acuité visuelle **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Si oui, raison: ……

Cécité **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Si oui, raison: ……

Exophtalmie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Œdème palpébral **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Infiltrat jaune-orangé des paupières **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Xanthelasma **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Sécheresse oculaire **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Autres : ………………………………………..

**Origine de l’atteinte inflammatoire orbitaire :**

Glandes lacrymales **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Graisse rétro-orbitaire **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Infiltration palpébrale **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Indéterminée **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**HISTOLOGIE ORBITAIRE**

**Présence d’une histologie orbitaire : Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Date de la biopsie : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Il s’agit d’une : Lésion initiale ☐rechute ☐

**Site de la biopsie :** Œil droit ☐ Œil Gauche ☐ NA ☐

**Nature du tissu**

**Atteinte musculaire** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Atteinte lacrymale** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Atteinte palpébrale** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Atteinte de la graisse orbitaire**  **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Autres atteintes** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

si oui, préciser.....................................................

**Aspect microscopique :**

**Infiltrat lymphocytaire Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Répartition de l’infiltrat nodulaire ☐ diffus ☐ **NA** ☐

**Infiltrat plasmocytaire** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Infiltrat à PN éosinophiles** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Infiltrat à PN neutrophiles** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Infiltrat histiocytaire** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* Histiocytes spumeux **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Cellules de Touton (fusion de plusieurs histiocytes) **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Cristaux intracellulaires **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Population lymphocytaire atypique** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

si oui préciser……………………………………….

**Fibrose** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Storiforme **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Collagène **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Périphlébites**

Oblitérantes: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Non Oblitérantes: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Dépôts Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* Aspect
  + Eosinophile **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
  + Amorphe **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Abondance 0 ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ **NA** ☐
* Localisation Intracellulaire ☐ Extracellulaire ☐ **NA** ☐
* Rouge Congo

Biréfringence jaune vert en lumière polarisée

**Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Evaluation immunohistochimique :**

***Populations lymphocytaires :***

* CD20 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* CD3 + **Oui** ☐ **Non** ☐  **NA** ☐
* CD5 + **Oui** ☐ **Non** ☐  **NA** ☐
* CD4 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* CD8 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

***Cellules histiocytaires:***

* CD1a + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* CD68 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* CD163 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* PS100 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* PhosphoERK + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

***Plasmocytes :*** CD138 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Chaînes légères Kappa/lambda***:*** Polytypie ☐ Monotypie ☐ **NA** ☐

***Nombre de plasmocytes IgG4 + (/hpf) :***

Score 1 (0-9) ☐ Score 2 (10-30) ☐ Score 3 (31-50) ☐ Score 4 (≥ 100) ☐ NA ☐

***Ratio IgG4/IgGtotal*** (%) : |\_\_|\_\_| **NA** ☐

**Biologie moléculaire**(prélèvement congelé) :

* BRAFv600 **Oui** ☐ **Non** ☐  **NA** ☐
* MAP2K1 **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* NRAS **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* KRAS **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Autres **Oui** ☐ **Non** ☐  **NA** ☐

Type : ………………………….

**Diagnostic histologique**

* + Xanthogranulomatose **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
  + Amylose immunoglobulinique **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
  + Cristal storing histiocytosis **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
  + Inflammation non spécifique **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
  + Hyperplasie folliculaire **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
  + Maladie associée aux IgG4\* **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
  + Autres **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

préciser………………………………………………………………………

* + Non évaluable **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

***NB\* : Oui si nombre de plasmocytes IgG4 + (/hpf) > 50 ou Ratio IgG4/IgGtotal* >40%**

*Takahira M, Goto H, Azumi A. The 2023 revised diagnostic criteria for IgG4-related ophthalmic disease. Jpn J Ophthalmol. 2024;68(4):293-301. doi:10.1007/s10384-024-01072-4*

**HISTOLOGIE EXTRA–ORBITAIRE**

**Présence d’une histologie extra-orbitaire : Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Date de la biopsie : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Il s’agit d’une : Lésion initiale ☐rechute ☐

**Site de la biopsie :**

Ganglionnaire ☐ Localisation : …………………………………………….

BGSA ☐

Cutanée ☐

Autres ☐ Localisation : ……………………………………………

**Aspect microscopique :**

**Infiltrat lymphocytaire Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Répartition de l’infiltrat nodulaire ☐ diffus ☐ **NA** ☐

**Infiltrat plasmocytaire** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Infiltrat à PN éosinophiles** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Infiltrat à PN neutrophiles** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Infiltrat histiocytaire** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* Histiocytes spumeux **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Cellules de Touton (fusion de plusieurs histiocytes) **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Cristaux intracellulaires **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Population lymphocytaire atypique** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

si oui préciser……………………………………….

**Fibrose** **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Storiforme **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Collagène **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Périphlébites**

Oblitérantes: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Non Oblitérantes: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Dépôts Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* Aspect
  + Eosinophilie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
  + Amorphe **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Abondance 0 ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ **NA** ☐
* Localisation Intracellulaire ☐ Extracellulaire ☐ **NA** ☐
* Rouge Congo

Biréfringence jaune vert en lumière polarisée

**Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Evaluation immunohistochimique :**

***Populations lymphocytaires :***

* CD20 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* CD3 + **Oui** ☐ **Non** ☐  **NA** ☐
* CD5 + **Oui** ☐ **Non** ☐  **NA** ☐
* CD4 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* CD8 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

***Cellules histiocytaires:***

* CD1a + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* CD68 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* CD163 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* PS100 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* PhosphoERK + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

***Plasmocytes :*** CD138 + **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Chaînes légères Kappa/lambda***:*** Polytypie ☐ Monotypie ☐ **NA** ☐

***Nombre de plasmocytes IgG4 + (/hpf) :***

Score 1 (0-9) ☐ Score 2 (10-30) ☐ Score 3 (31-50) ☐ Score 4 (≥ 100) ☐ NA ☐

***Ratio IgG4/IgGtotal*** (%) : |\_\_|\_\_| **NA** ☐

**Biologie moléculaire**(prélèvement congelé) :

* BRAFv600 **Oui** ☐ **Non** ☐  **NA** ☐
* MAP2K1 **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* NRAS **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* KRAS **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Autres **Oui** ☐ **Non** ☐  **NA** ☐

**Imagerie conventionnelle initiale**

Type d’imagerie **Scanner** ☐ **IRM** ☐

Date de l’examen : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 20|\_\_|\_\_| (ou 19|\_\_|\_\_|)

Siège **OD** ☐ **OG** ☐ **ODG** ☐

**Inflammation développée aux dépens d’un composant orbitaire**

**Muscle(s)**  **Oui** ☐ **Non** ☐

**OSD** ☐ **OID** ☐ **DMD** ☐ **DID** ☐ **DLD** ☐ **DSD** ☐

**OSG** ☐ **OIG** ☐ **DMG** ☐ **DIG** ☐ **DLG** ☐ **DSG** ☐

**Glande(s) lacrymale(s) (GL)** **Oui** ☐ **Non** ☐

**GLD** ☐ **GLG** ☐

**Méninge péri optique (MPO)** **Oui** ☐ **Non** ☐

**MPOD** ☐ **MPOG** ☐

**Globe, Sclère Oui** ☐ **Non** ☐

**Masse à point de départ indépendant d’un composant orbitaire**

**Intra conique** ☐ **Extra conique** ☐ **Les deux** ☐

**Extension**

**Partie molles péri orbitaires**  **Oui** ☐ **Non** ☐

Paupière supérieure  **Oui** ☐ **Non** ☐

Paupière inférieure **Oui** ☐ **Non** ☐

Autre : préciser*…………………………………………………..................................*

**Région lacrymale**  **Oui** ☐ **Non** ☐

**Apex** orbitaire **Oui** ☐ **Non** ☐

**Sinus caverneux** **Oui** ☐ **Non** ☐

**Méninge endocrânienne** **Oui** ☐ **Non** ☐

Temporale **Oui** ☐ **Non** ☐

Tente du cervelet **Oui** ☐ **Non** ☐

Sinus caverneux **Oui** ☐ **Non** ☐

Autre: préciser*…………………………………………………..................................*

**Composant orbitaire Oui** ☐ **Non** ☐

Muscle **Oui** ☐ **Non** ☐

Glande lacrymale **Oui** ☐ **Non** ☐

Méninge périoptique **Oui** ☐ **Non** ☐

Globe **Oui** ☐ **Non** ☐

Graisse orbitaire **Oui** ☐ **Non** ☐

*Commentaire libres sur le siège et l’extension: (lésions cérébrales associées)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Description IRM:**

**1 Morphologie**

Limites nettes **Oui** ☐ **Non** ☐

Taille : évaluée sur le T1 Gd fatsat et le T2 axial et coronal

Mesure axiale (plus grande dimension) en T2 : |\_\_|\_\_|\_\_| mm, en T1 : |\_\_|\_\_|\_\_| mm

Mesure coronale (plus grande dimension) en T2: |\_\_|\_\_|\_\_| mm, en T1: |\_\_|\_\_|\_\_| mm

**2 Signal** (Comparé à celui des muscles oculomoteurs normaux)

Lésion homogène **Oui** ☐ **Non** ☐

Lésion hétérogène **Oui** ☐ **Non** ☐

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Iso** | **Hypo** | **Hyper** |
| **Séquence T1**  **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Séquence T1 Gd fatsat**  **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Séquence T2**  **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Séquence T2 Fatsat**  **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Séquence Diffusion**  **Oui** ☐ **Non** ☐ | B1000  **Oui** ☐ **Non** ☐ | B1000  **Oui** ☐ **Non** ☐ | B1000  **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Séquence Diffusion**  **Oui** ☐ **Non** ☐ | ADC  **Oui** ☐ **Non** ☐ | ADC  **Oui** ☐ **Non** ☐ | ADC  **Oui** ☐ **Non** ☐ |

Si la lésion est hétérogène, ne tenir compte que du compartiment le plus important en taille

Mettre une croix dans la case correspondante

# TEP scanner

Date de l’examen : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 20|\_\_|\_\_| (ou 19|\_\_|\_\_|)

Hypermétabolisme orbitaire **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Localisation fixation ………………….

SUVmax localisation orbitaire : …………….

Autre foyer hypermétabolique

* Adénopathies **OUI** ☐ **NON** ☐

Localisation: …………

SUV max : ……………

* Sinus **OUI** ☐ **NON** ☐

SUV max : ……………

* Glandes salivaires **OUI** ☐ **NON** ☐

Localisation: …………

SUV max : ……………

* Pancréas **OUI** ☐ **NON** ☐

SUV max : ……………

* Fibrose rétro-péritonéale **OUI** ☐ **NON** ☐

SUV max : ……………

* Autres localisation **OUI** ☐ **NON** ☐

Localisation: …………

SUV max : ……………

# MANIFESTATIONS ASSOCIEES A L’ATTEINTE ORBITAIRE

**Atteinte pulmonaire**

**Asthme**: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui,

* Allergique : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, si oui : IgE totales |\_\_|\_\_|\_\_|
* Date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* EFR : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui, date |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
  + VEMS |\_\_|, |\_\_|\_\_| L |\_\_|\_\_| %th, CV |\_\_|, |\_\_|\_\_| L  |\_\_|\_\_| %th Avant Béta2 mimétiques, tiffeneau |\_\_|\_\_| %th
  + VEMS |\_\_|, |\_\_|\_\_| L |\_\_|\_\_| %th , CV |\_\_|, |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| %th L Après Béta2 mimétiques, tiffeneau  |\_\_|\_\_| %th

**Atteinte ORL**

***Polypes nasosinusiens***: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui :

* date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* diagnostic établi par : imagerie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

nasofibroscopie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* Score SNOT22 au diagnostic (évaluation retrospective): |\_\_|\_\_| /|\_\_|\_\_|

***Sinusite chronique***: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui :

* date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* diagnostic établi par imagerie : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

***Atteinte des glandes salivaires***: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui

* date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* sialadénite lymphoplasmocytaire **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui
  + Nombre de plasmocytes IgG4 + (/hpf) :

Score 1 (0-9) ☐ Score 2 (10-30) ☐ Score 3 (31-50) ☐

Score 4  (≥100) ☐ **NA** ☐

* + Ratio IgG4/IgG total (%) : |\_\_|\_\_| **NA** ☐

**Atteinte ganglionnaire Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* ADP cervicales **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* ADP axillaires **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* ADP médiastino-hilaires **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* ADP inguinales **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* ADP lombo-aortiques **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Uvéite associée Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐Si oui,

* date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* Type : …………………………………………………………………………..

**Atteinte neurologique périphérique Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐Si oui,

* date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* Nerf optique **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Nerf trijumeau **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* Autre(s) **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui,

préciser…………………………………………………………………………………

**Atteinte neurologique centrale Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐Si oui,

préciser…………………………………………………………………………………

**Pancréatite Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐Si oui,

* date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* Lipasémie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Anomalie à l’imagerie : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐ Si oui,

préciser…………………………………………………………………………………

**Fibrose Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐Si oui,

* date de début |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* médiastinale **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐
* rétropéritonéale **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐ Si oui,

préciser…………………………………………………………………………………

**Atteinte rénale Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐Si oui,

préciser…………………………………………………………………………………

**Arthralgies ☐ Arthrites ☐ Myalgies ☐**

**Atteinte cutanéomuqueuse Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui,

préciser…………………………………………………………………………………

**Autre atteinte Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui,

préciser…………………………………………………………………………………

**Signes généraux Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui,

préciser…………………………………………………………………………………

**Manifestations biologiques** Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

* IgG4 (G/l): |\_\_|\_\_|,|\_\_| (Min-Max: |\_\_|\_\_|,|\_\_|-|\_\_|\_\_|,|\_\_|)
* IgG3 (G/l) : |\_\_|\_\_|,|\_\_| (Min-Max: |\_\_|\_\_|,|\_\_|-|\_\_|\_\_|,|\_\_|)
* IgG2 (G/l): |\_\_|\_\_|,|\_\_| (Min-Max |\_\_|\_\_|,|\_\_|-|\_\_|\_\_|,|\_\_|)
* IgG1 (G/l) : |\_\_|\_\_|,|\_\_| (Min-Max: |\_\_|\_\_|,|\_\_|-|\_\_|\_\_|,|\_\_|)
* Taux de Polynucléaires éosinophiles (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Taux d’IgE totales (kU/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Electrophorèse des protéines sériques :
  + Béta globulines (G/l): |\_\_|\_\_|,|\_\_| (Min-Max: |\_\_|\_\_|,|\_\_|-|\_\_|\_\_|,|\_\_|)
  + Gamma globulines (G/l): |\_\_|\_\_|,|\_\_| (Min-Max: |\_\_|\_\_|,|\_\_|-|\_\_|\_\_|,|\_\_|)
  + Aspect fast gamma (pseudo bloc) **Oui ☐ Non ☐ NA** ☐
  + Immunoglobuline monoclonale **Oui ☐ Non ☐ NA ☐**
    - Isotype (A,D,E,G,M) : |\_\_|
    - Chaine légère (K/L) : |\_\_|

# TRAITEMENT DE 1ère LIGNE

**Date début du traitement (JJ/MM/AAAA) :** ⎣\_⎣\_ / ⎣\_⎣\_ / ⎣\_⎣\_⎣\_⎣\_

**Indication du traitement :**

Orbite **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Autres atteintes **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Si oui, préciser ………………………………………………………………………………….

**Bolus de méthylprednisolone Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg, nombre bolus : |\_\_|\_\_|

**Prednisone Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, dose initiale |\_\_|\_\_|\_\_| mg/j

**Methotrexate Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/sem, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Azathioprine Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Mycophénolate mofetil Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Rituximab (**anti-CD20) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg, nombre bolus : |\_\_|\_\_|

**Dupilumab** (anti-IL4/IL13) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/15j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Autre traitement médical** **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, lequel, schéma/posologie : ………

**Traitement chirurgical** **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, lequel (décompression du nerf optique, énucléation, autre): ……………………………..

**Radiothérapie externe** **Oui**☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_| grays, nombre de séances |\_\_|\_\_|

**Autres traitements spécifiques :** Préciser…………………...………………………………..

**Dose de corticoïdes au cours du suivi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **M0** | **M6** | **M12** | **M24** | **MX** |
| **Dose (mg/j)** | **…………** | **…………** | **…………** | **…………** | **…………** |

**Efficacité sur l'atteinte orbitaire :**

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser si examen OPH spécialisé (oui/non et constats) …………………………….

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………..

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………...

Réponse au TEP : TEP de contrôle **☐** Date du TEP |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Complications orbitaires **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui :Compression du nerf optique**☐** Atrophie du nerf optique **☐**

Baisse de l’acuité visuelle**☐** Extension au muscle(s) orbitaire(s)**☐**

Cécité **☐** Lyse osseuse orbitaire ou sinusienne**☐**

Autre **☐** Si oui, décrire : ……………………………………………………..

**Efficacité sur atteinte(s) extra-orbitaire(s):**

- Asthme :

* Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)
* EFR : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui, date |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
  + VEMS |\_\_|, |\_\_|\_\_| L |\_\_|\_\_| %th, CV |\_\_|, |\_\_|\_\_| L  |\_\_|\_\_| %th Avant Béta2 mimétiques, tiffeneau |\_\_|\_\_| %th
  + VEMS |\_\_|, |\_\_|\_\_| L |\_\_|\_\_| %th , CV |\_\_|, |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| %th L Après Béta2 mimétiques, tiffeneau  |\_\_|\_\_| %th
* Score ACT (évaluation rétrospective) : |\_\_|\_\_| /|\_2\_|\_5\_|
* IgE totales: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, si oui : |\_\_|\_\_|\_\_|

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………..

- Polypes nasosinusiens : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui :

* date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)
* diagnostic établi par : imagerie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

nasofibroscopie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* Score SNOT22 (évaluation retrospective): |\_\_|\_\_| /|\_\_|\_\_|

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………..

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………..

- Localisation autre (préciser)…………………………………………………………………………

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………...

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ………………………………………………………

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………….

Réponse au TEP : TEP de contrôle **☐** Date du TEP |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

**Manifestations biologiques**

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

* IgG4 (G/l): |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG3 (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG2 (G/l): |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG1 (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Taux de Polynucléaires éosinophiles (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Taux d’IgE totales (kU/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Electrophorèse des protéines sériques :
  + B globulines |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
  + Gamma globunlines |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
  + Aspect bloc bétagamma **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

# TRAITEMENT DE 2ème LIGNE

**Date début du traitement (JJ/MM/AAAA) :** ⎣\_⎣\_ / ⎣\_⎣\_/ ⎣\_⎣\_⎣\_⎣\_

**Indication du traitement :**

Orbite **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Autres atteintes **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Si oui, préciser ………………………………………………………………………………….

**Bolus de méthylprednisolone Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg, nombre bolus : |\_\_|\_\_|

**Prednisone Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, dose initiale |\_\_|\_\_|\_\_| mg/j

**Methotrexate Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/sem, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Azathioprine Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Mycophénolate mofetil Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Rituximab (**anti-CD20) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg, nombre bolus : |\_\_|\_\_|

**Dupilumab** (anti-IL4/IL13) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/15j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Autre traitement médical** **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, lequel, schéma/posologie : ……………………………………………………………………

**Traitement chirurgical** **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, lequel (décompression du nerf optique, énucléation, autre): ……………………………..

**Radiothérapie externe** **Oui**☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_| grays, nombre de séances |\_\_|\_\_|

**Autres traitements spécifiques :** Préciser…………………...………………………………..

**Dose de corticoïdes au cours du suivi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **M0** | **M6** | **M12** | **M24** | **MX** |
| **Dose (mg/j)** | **…………** | **…………** | **…………** | **…………** | **…………** |

**Efficacité sur l'atteinte orbitaire :**

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser si examen OPH spécialisé (oui/non et constats) …………………………….

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………..

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): ……………………………………………………

Réponse au TEP : TEP de contrôle **☐** Date du TEP |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Complications orbitaires **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui :Compression du nerf optique**☐** Atrophie du nerf optique **☐**

Baisse de l’acuité visuelle**☐** Extension au muscle(s) orbitaire(s)**☐**

Cécité **☐** Lyse osseuse orbitaire ou sinusienne**☐**

Autre **☐** Si oui, décrire : ……………………………………………………..

**Efficacité sur atteinte(s) extra-orbitaire(s):**

- Asthme :

* Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)
* EFR : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui, date |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
  + VEMS |\_\_|, |\_\_|\_\_| L |\_\_|\_\_| %th, CV |\_\_|, |\_\_|\_\_| L  |\_\_|\_\_| %th Avant Béta2 mimétiques, tiffeneau |\_\_|\_\_| %th
  + VEMS |\_\_|, |\_\_|\_\_| L |\_\_|\_\_| %th , CV |\_\_|, |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| %th L Après Béta2 mimétiques, tiffeneau  |\_\_|\_\_| %th
* Score ACT (évaluation rétrospective) : |\_\_|\_\_| /|\_2\_|\_5\_|
* IgE totales: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, si oui : |\_\_|\_\_|\_\_|

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………..

- Polypes nasosinusiens : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui :

* date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)
* diagnostic établi par : imagerie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

nasofibroscopie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* Score SNOT22 (évaluation retrospective): |\_\_|\_\_| /|\_\_|\_\_|

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………..

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………..

- Localisation autre (préciser)…………………………………………………………………………

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………...

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ………………………………………………………

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………….

Réponse au TEP : TEP de contrôle **☐** Date du TEP |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

**Manifestations biologiques**

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

* IgG4 (G/l): |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG3 (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG2 (G/l): |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG1 (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Taux de Polynucléaires éosinophiles (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Taux d’IgE totales (kU/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Electrophorèse des protéines sériques :
  + B globulines |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
  + Gamma globunlines |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
  + Aspect bloc bétagamma **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

# TRAITEMENT DE 3ème LIGNE

**Date début du traitement (JJ/MM/AAAA) :** ⎣\_⎣\_ / ⎣\_⎣\_ / ⎣\_⎣\_⎣\_⎦⎣\_

**Indication du traitement :**

Orbite **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Autres atteintes **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Si oui, préciser ………………………………………………………………………………….

**Bolus de méthylprednisolone Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg, nombre bolus : |\_\_|\_\_|

**Prednisone Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, dose initiale |\_\_|\_\_|\_\_| mg/j

**Methotrexate Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/sem, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Azathioprine Oui** ☐ **Non**☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Mycophénolate mofetil Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, posologie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Rituximab (**anti-CD20) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg, nombre bolus : |\_\_|\_\_|

**Dupilumab** (anti-IL4/IL13) **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mg/15j, durée |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mois

**Autre traitement médical** **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, lequel, schéma/posologie : ………

**Traitement chirurgical** **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, lequel (décompression du nerf optique, énucléation, autre): ……………………………..

**Radiothérapie externe** **Oui**☐ **Non** ☐

Si oui, dose unitaire |\_\_|\_\_| grays, nombre de séances |\_\_|\_\_|

**Autres traitements spécifiques :** Préciser…………………...………………………………..

**Dose de corticoïdes au cours du suivi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **M0** | **M6** | **M12** | **M24** | **MX** |
| **Dose (mg/j)** | **…………** | **…………** | **…………** | **…………** | **…………** |

**Efficacité sur l'atteinte orbitaire :**

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser si examen OPH spécialisé (oui/non et constats) …………………………….

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………..

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): ……………………………………………………

Réponse au TEP : TEP de contrôle **☐** Date du TEP |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Complications orbitaires **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui :Compression du nerf optique**☐** Atrophie du nerf optique **☐**

Baisse de l’acuité visuelle**☐** Extension au muscle(s) orbitaire(s)**☐**

Cécité **☐** Lyse osseuse orbitaire ou sinusienne**☐**

Autre **☐** Si oui, décrire : ……………………………………………………..

**Efficacité sur atteinte(s) extra-orbitaire(s):**

- Asthme :

* Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)
* EFR : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui, date |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
  + VEMS |\_\_|, |\_\_|\_\_| L |\_\_|\_\_| %th, CV |\_\_|, |\_\_|\_\_| L  |\_\_|\_\_| %th Avant Béta2 mimétiques, tiffeneau |\_\_|\_\_| %th
  + VEMS |\_\_|, |\_\_|\_\_| L |\_\_|\_\_| %th , CV |\_\_|, |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| %th L Après Béta2 mimétiques, tiffeneau  |\_\_|\_\_| %th
* Score ACT (évaluation rétrospective) : |\_\_|\_\_| /|\_2\_|\_5\_|
* IgE totales: **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, si oui : |\_\_|\_\_|\_\_|

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………..

- Polypes nasosinusiens : **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐, Si oui :

* date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)
* diagnostic établi par : imagerie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

nasofibroscopie **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

* Score SNOT22 (évaluation retrospective): |\_\_|\_\_| /|\_\_|\_\_|

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………..

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………..

- Localisation autre (préciser)…………………………………………………………………………

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………...

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ………………………………………………………

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………….

Réponse au TEP : TEP de contrôle **☐** Date du TEP |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

**Manifestations biologiques**

Date d’évaluation |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, soit M |\_\_|\_\_| (0-X)

* IgG4 (G/l): |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG3 (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG2 (G/l): |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* IgG1 (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Taux de Polynucléaires éosinophiles (G/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Taux d’IgE totales (kU/l) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
* Electrophorèse des protéines sériques :
  + B globulines |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
  + Gamma globunlines |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| (norme : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|)
  + Aspect bloc bétagamma **Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

# Evaluation dernier suivi

**Date dernière évaluation (JJ/MM/AAAA) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦

Réponse clinique : Complète **☐** Partielle **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Réponse radiologique :

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

Préciser type imagerie (TDM ou IRM ou les 2) et fournir compte-rendus: ……………..

Si réponse partielle, délai de réponse (mois): ……………………………………………………..

Si réponse complète, délai de réponse (mois): ……………………………………………………

Si progression, délai avant progression (mois): …………………………………………………..

- Localisation autre (préciser)…………………………………………………………………………

Réponse au TEP : TEP de contrôle **☐** Date du TEP |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Complète **☐** Partielle (>50%) **☐** Stabilité **☐** Progression **☐**

**Traitement à la dernière évaluation**

Corticothérapie orale  **Oui** ☐ **Non** ☐

Posologie ………………………. mg/jour

Autre traitement **Oui** ☐ **Non** ☐

Type ………………………………………………………………………………………………

**Décès  Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Date du décès |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Cause du décès ……………………………….

**Insuffisance rénale chronique   Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

DFG ……………………… mL/min

**Insuffisance pancréatique exocrine Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Insuffisance pancréatique endocrine Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Fracture ostéoporotique Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

**Néoplasie/ hémopathie Oui** ☐ **Non** ☐ **NA** ☐

Type : …………………………………..

Date découverte |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Effets indésirables graves liés au traitement**

Infection ayant nécessité une hospitalisation **Oui** ☐ **Non** ☐

Type : ………………………………………

Date |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Autre effet indésirable grave **Oui** ☐ **Non** ☐

Type: