**MALADIE DE HANSEN**

**METHOTREXATE ET REACTIONS**

**Fiche de recueil de données**

|  |
| --- |
| Lieu d’exercice : ………………….Dermatologue responsable : …………………. |
| Coordonnées : |
| **Date de naissance (mois /année) : \_ \_/\_ \_** |
| **Sexe : F / M**  |
| **Pays d’origine :****Date d’arrivée en France :** |
| **ATCD :**Déficit en G6PD oui non Contraception oui non Notion de contage lépreux oui non  |
| Présentation et histoire clinique  |
| **Date des premiers symptomes :**  **\_ \_/\_ \_/\_\_****Date du diagnostic : \_\_/\_\_/\_\_\_\_****Atteinte cutanée initiale oui / non** Nodules oui / non Papules oui / non Macules oui / non Infiltration oui / non Oedeme oui / non Erythème oui / non Hypopigmentation oui / non Hyperpigmentation oui / non Hypoesthésie oui / non Vascularite oui non Autres : Nombre de localisations : \_\_\_Multibacillaire oui non Pauci bacillaire oui non Forme (LL, BL, BB, BT, TT) : \_\_\_Index bacteriologique et morphologique au diagnostic : \_\_\_Frottis positif oui non PCR positive oui non ZIELH positif oui non **Atteinte neurologique initiale** oui non Atteinte motrice oui non sensitive oui non Hypertrophie oui non Atteinte 1 nerfs 2 nerfs >2 ROT oui non Histologie : oui non Si oui résultat : EMG : oui non Si oui résultat : Atteinte OPH oui non Atteinte rhumato oui non Autre : TTT anti mycobactérie : oui non Date de début : Date de fin : Lequel : Rechute : oui non Si oui PCR/ histo : Date de reprise :Date de fin :Réaction t**ype 1** oui non Si oui : Nombre d’épisodes : \_\_\_Neurologique oui non Si oui : déficit moteur sensitif  Symetrique Asymétrique Hypertrophie oui non Atteinte 1 nerfs 2 nerfs >2 nerfs EMG oui non SI oui : \_\_\_\_\_Histologie : \_\_\_\_Cutanée oui non Nodules infiltration erythème oèdeme hypoesthésie Histo compatible oui non Zielh oui non TTT : Corticoides oui non Bolus IV CTC oui non Lamprene oui non Thalidomide oui non Pentoxifylline oui non Colchicine oui non Autre atteinte que neurologique ou cutanée : Si oui laquelle : \_\_\_\_**Type 2 (ENL)** oui non Si oui nombre d’épisodes : Nombre de nodules : <5 Entre 5-10 >15 nodules Histo compatible : oui non Zielh oui non TTT : Lamprene oui non Thalidomide oui non Pentoxifylline oui non Colchicine oui non Corticoides oui non Bolus IV CTC oui non

|  |
| --- |
| METHOTREXATE :  |

PCT à l’introduction du MTX : oui non Arret PCT sous MTX oui non Rechutte sous MTX  oui non Reintroduction PCT oui non Nombre de lignes avant le MTX : \_\_Noms des TTT précédents : \_\_Introduit à visée d’épargne corticoides : oui non Introduction à visée d’épargne thalidomide oui non Pour ENL oui non Pour réversion type 1 oui non Dose initiale : \_\_\_Dose d’entretien \_\_\_Date de l’augmentation de posologie : \_\_\_Per os sous cutané Date début : \_\_/\_\_/\_\_Traitement toujours en cours oui non Si non, date de fin : \_\_/\_\_/\_\_Arrêt pour inéfficacité oui non Arrêt pour effet indésirable oui non Si oui lequel : Autre : \_\_\_\_\_\_\_ Effets indésirables : oui non Lesquels :  |
| EVOLUTION CTC SOUS MTX  |
| Corticothérapie à l’introduction du MTX  oui non Dose initiale : \_\_\_Dose à M1 : \_\_\_Dose à M3 : \_\_\_Dose à M6 : \_\_\_Dose à M9 : \_\_\_Dose à M12 : \_\_\_Dose à M18 : \_\_\_Sevrage oui non Date : \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_Si non dose actuelle : \_\_\_ |
| AUTRES TTT |
| Poursuite Thalidomide sous MTX : oui non Si oui : dosage \_\_\_Réduction de dose oui non Nouvelle dose : \_\_\_Arrêt au cours du MTX : oui non Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_Poursuite colchicine : oui non Si oui : dosage \_\_\_Réduction de dose oui non Nouvelle dose : \_\_\_Arrêt au cours du MTX : oui non Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_Poursuite Lamprène oui non Si oui : dosage \_\_\_Réduction de dose oui non Nouvelle dose : \_\_\_Arrêt au cours du MTX : oui non Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| EVOLUTION SOUS MTX  |
| Réaction type 1 sous MTX : oui non Si oui, date : \_\_/\_\_/\_\_Si oui : cutanée neurologique autres : ENL sous MTX : oui non Si oui, date : \_\_/\_\_/\_\_Arrêt du MTX : oui non Réaction type 1 à l’arrêt du MTX : oui non Si oui, date : \_\_/\_\_/\_\_ENL à l’arrêt du MTX : oui non Si oui, date : \_\_/\_\_/\_\_Autres traitement de relai : oui non Reprise des corticoides oui non Anti TNF : oui non Autre :  |

**à adresser à** **lea.jaume@aphp.fr**

**MERCI !**