**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**](mailto:lea.jaume@aphp.fr)

**MERCI !**