

QUESTIONNAIRE POUR DECLARATION D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (DEC-ASPC)

<u>A adresser au :</u> CNR Aspergillose chroniques LA-AspC - Service de Parasitologie & Mycologie CHU de Bordeaux - Groupe Hospitalier Pellegrin Place Amélie Raba-Léon – 33000 Bordeaux	<u>Contacts :</u> - Pr Laurence DELHAES - Dr Sébastien IMBERT - Mme Marion RODRIGUEZ
---	---

Date de déclaration (jj/mm/aaaa) : / /

1- Identité du patient

Nom (3 premières lettres)	Prénom (Initiale)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe
---------------------------	-------------------	--------------------------------	------

Service d'hébergement du patient lors de la déclaration :

- ☐ Pneumologie ☐ Maladies infectieuses ☐ Médecine (hors pneumologie et infectiologie) ☐ Chirurgie
☐ Réanimations ☐ Autre :

Biologiste/Médecin correspondant pour la déclaration d'APC

- Nom, Prénom :
 - Service :
 - Etablissement :
 - e-mail :

Médecin prenant en charge le patient pour son APC :

- Nom, Prénom :
 - Service :
 - Etablissement :
 - e-mail :

2- Contexte clinique au moment de la déclaration

Type d'aspergillose chronique

- ☐ APC complexe ☐ Aspergillome ☐ Nodule aspergillaire
☐ ABPA ☐ Non classé/ Ne sait pas ☐ Autre (spécifier) :

Si dossier passé en RCP : type d'aspergillose chronique (APC) retenu

- ☐ APC cavitaire (APCC) ☐ APC fibrosante (APCF) ☐ APC nécrosante (APCN)
☐ Aspergillome ☐ Nodule aspergillaire ☐ Forme de chevauchement, si oui, préciser :

Stade de la maladie lors de la déclaration (choix multiple possible) ☐ diagnostic initial ☐ exacerbation ☐ visite de suivi

Date de diagnostic initial (mm/aaaa) : /

3- Histoire clinique

3A- Données cliniques

- Antécédents/Facteurs de risque :
- ☐ DDB ☐ Mucoviscidose sous thérapie protéique ☐ Mucoviscidose sans thérapie protéique
☐ BPCO ☐ Asthme ☐ Emphysème
☐ Tuberculose/autres mycobactéries ☐ Antécédent chirurgie thoracique ☐ Maladie systémique, si oui préciser :
☐ Sarcoïdose ☐ Néoplasie, si oui préciser : ☐ Cirrhose
☐ Corticoïdes systémiques ☐ Corticoïdes inhalés ☐ Insuffisance respiratoire chronique
☐ Déficit immunitaire primitif ☐ Immunosuppresseurs, si oui préciser :
☐ Transplantation d'organe solide, si oui préciser l'organe, distinguer greffe bi- et mono pulmonaire :
☐ Autres, préciser :

QUESTIONNAIRE POUR DECLARATION D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (DEC-ASPC)

- Notion de voyage prolongé/résidence : ☐ non ☐ ne sait pas ☐ oui : préciser.....
- Poids (en kg) :
- Taille (en cm) :
- Localisation extra-respiratoire (dont les sinus) : oui/non, si oui → site :
- Symptômes actuels :
 - ☐ absence de symptôme ☐ fièvre ☐ asthénie ☐ amaigrissement ☐ anorexie ☐ sueurs
 - ☐ dyspnée ☐ réveils nocturnes ☐ toux ☐ expectorations ☐ douleur thoracique
 - ☐ hémoptysie, Si oui → préciser la semi quantification en ☐ faible ☐ moyenne ☐ grande abondance
 - préciser si récidives ☐

Synthèse histoire clinique si connue (date de début, évènements majeurs...) :

Traitement antifongique de l'épisode déclaré : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui : molécule prescrite 1 : Durée prescrite (en mois) :
molécule prescrite 2 : Durée prescrite (en mois) :
Autre :

→ **Notion de compliance ? :**

→ **Si traitements antérieurs connus :** remplir le tableau « Historique des traitements antifongiques curatifs » en partie 3D

3B- Données radiologiques (TDM thorax)

Dernier TDM thorax : ☐ Non réalisé ☐ Réalisé - Date du dernier TDM (jj/mm/aaaa) / /

Lésions constatées :

- ☐ micronodules ☐ nodules ☐ cavités : unique ou multiples
atteinte uni ou bilatérale
parois épaissies ou fines
épaississement de la plèvre au contact ou non
balle fongique
- ☐ condensation ☐ bronchectasies ☐ forme de chevauchement
- ☐ Autre, préciser :

Localisation : ☐ Droit : ☐ lobe supérieur ☐ lobe moyen ☐ lobe inférieur
☐ Gauche : ☐ Culmen ☐ Lingula ☐ lobe inférieur

Synthèse évolution radiologique si connue (date de début, évènements majeurs...) :

QUESTIONNAIRE POUR DECLARATION D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (DEC-ASPC)

3C- Données mycologiques

Nombre total de prélèvements mycologiques respiratoires faits en contexte d'APC :

Prélèvement respiratoire 1 : Date de prélèvement (jj/mm/aaaa) / /

Site de prélèvement 1 :

- ☐ Expectoration
 ☐ Aspiration bronchique
 ☐ Aspiration trachéale
 ☐ LBA
☐ Liquide pleural
 ☐ Biopsie, si oui préciser :
 ☐ Autre, préciser :

Résultats prélèvement mycologique respiratoire 1 :

Anapath : ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser :

Examen direct : ☐ non fait ☐ négatif ☐ positif → si oui : ☐ Levures
☐ pseudo-filaments
☐ filaments septés
☐ filaments larges et non septés

Culture : ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser l'espèce :

PCR diagnostique (PCR panfongique ou PCR *Aspergillus* spp.) ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser cT :

PCR diagnostique *Aspergillus fumigatus* ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser cT :

PCR diagnostique Mucorales ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser cible :

Antifongigramme :

Référence isolat 1 :	Vos résultats	☐ CMI diffusion en gradient ☐ CMI microplaque commercialisée Sera rempli par CNR	CMI Eucast Sera rempli par CNR
Identification isolat 1 :			
Amphotéricine B			
Itraconazole			
Voriconazole			
Posaconazole			
Isavuconazole			
Caspofungine			
Micafungine			
Anidulafungine			
Terbinafine			
Olorofim			
Autre :			
Phénotype inhabituel de résistance	☐ Oui ☐ Non		☐ Oui ☐ Non

QUESTIONNAIRE POUR DECLARATION D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (DEC-ASPC)

Autre Prélèvement mycologique respiratoire ☐ non ☐ oui → Si oui remplir ci-dessous :

Prélèvement respiratoire 2 : Date de prélèvement (jj/mm/aaaa) / /

Site de prélèvement 2:

- ☐ Expectoration ☐ Aspiration bronchique ☐ Aspiration trachéale ☐ LBA
- ☐ Liquide pleural ☐ Biopsie, si oui préciser : ☐ Autre, préciser :

Résultats prélèvement mycologique respiratoire 2

Anapath : ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser :

Examen direct : ☐ non fait ☐ négatif ☐ positif → si oui : ☐ Levures
☐ pseudo-filaments
☐ filaments septés
☐ filaments larges et non septés

Culture : ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser l'espèce :

PCR diagnostique (PCR panfongique ou PCR *Aspergillus* spp.) ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser cT :

PCR diagnostique *Aspergillus fumigatus* ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser cT :

PCR diagnostique Mucorales ☐ non faite ☐ négative ☐ positive → si oui, préciser cible :

Antifongigramme :

Référence isolat 1 :	Vos résultats	☐ CMI diffusion en gradient ☐ CMI microplaque commercialisée Sera rempli par CNR	CMI Eucast Sera rempli par CNR
Identification isolat 1 :			
Amphotéricine B			
Itraconazole			
Voriconazole			
Posaconazole			
Isavuconazole			
Caspofungine			
Micafungine			
Anidulafungine			
Terbinafine			
Olorofim			
Autre :			
Phénotype inhabituel de résistance	☐ Oui ☐ Non		☐ Oui ☐ Non

QUESTIONNAIRE POUR DECLARATION D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (DEC-ASPC)

Biomarqueurs

☐ **Sérologie aspergillaire IgG :**

Méthode de screening :

☐ Non réalisée

☐ Réalisée :

→ Date de prélèvement / /

→ ☐ négatif ou ☐ positif selon votre technique

Méthode sérologique de confirmation

☐ Non réalisée

☐ Réalisée :

→ Date / /

→ ☐ négatif ou ☐ positif selon votre technique

☐ **Ag GM index**

☐ Non réalisé ☐ Réalisé

→ Date de prélèvement / /

→ Matrice : ☐ sérum/plasma ☐ LBA ☐ autre :

→ ☐ négatif ou ☐ positif selon votre technique

☐ **Ag B-D glucan**

☐ Non réalisé ☐ Réalisé

→ Date de prélèvement / /

→ Type de matrice : ☐ sérum/plasma ☐ autre :

→ ☐ négatif ou ☐ positif selon votre technique

☐ **PCR *A. fumigatus* sur sérum/plasma** ☐ Non réalisée ☐ Réalisé

→ Date / /

→ ☐ négatif ou ☐ positif selon votre technique

☐ **PCR Mucorales sur sérum/plasma** ☐ Non réalisée ☐ Réalisé

→ Date / /

→ ☐ négatif ou ☐ positif selon votre technique, pour quelle cible :

Recherche de marqueurs allergiques

☐ Non réalisée ☐ Réalisée → compléter tableau ci-dessous

Date du sérum (jj/mm/aaaa)	Dosage des IgE totales (valeur numérique)	Dosage des IgE spécifiques anti-aspergillaires (valeur numérique)	Eosinophilie sanguine (valeur numérique)

3D- Historiques des traitements curatifs antifongiques et préexposition antifongique

Traitements antifongiques antérieurs : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui : molécule 1 : durée de traitement (en mois)
 molécule 2 : durée de traitement (en mois)
 Autre :

Autres :

- chirurgie (segment/lobe/poumon) ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- Surveillance simple sans traitement
- Diagnostic possible ne justifiant pas d'un traitement actuellement

Dosages pharmacologiques dans le cadre du traitement curatif :

☐ non réalisé : pourquoi ?

☐ réalisé au moins 1 fois (Prélèvement le plus récent) :

→ Date / /

→ Antifongique :

→ Valeur numérique :

QUESTIONNAIRE POUR DECLARATION D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (DEC-ASPC)

Adaptation posologique : ☐ jamais réalisée ☐ réalisée au moins 1 fois

4- Suivi après la déclaration

Devenir du patient à 12 mois :

- ☐ vivant ☐ Amélioré ☐ Non amélioré/rechute
☐ perdu de vue
☐ décédé → Date de décès (si connue): / /

Episodes majeurs : Décrire l'épisode (Hémoptysie, résistance aux ATFs, modification significative de la sérologie ou de l'imagerie)

Déclaration d'un évènement de l'histoire clinique ☐ non ☐ oui (si oui vérifier le remplissage du pavé 3)

TTT suivis :

Molécules	Début (jj/mm/aaaa)	Fin (jj/mm/aaaa)

Devenir du patient à 24 mois :

- ☐ vivant ☐ Amélioré ☐ Non amélioré/rechute
☐ perdu de vue
☐ décédé → Date de décès (si connue): / /

Episodes majeurs : Décrire l'épisode (Hémoptysie, résistance aux ATFs, modification significative de la sérologie ou de l'imagerie)

Déclaration d'un évènement de l'histoire clinique ☐ non ☐ oui (si oui vérifier le remplissage du pavé 3)

TTT suivis :

Molécules	Début (jj/mm/aaaa)	Fin (jj/mm/aaaa)

Texte libre sur l'évolution :
