

## **Demande d'avis thérapeutique**

### **Leishmaniose viscérale**

"Nous apportons, au sein du **Centre d'Infectiologie Necker-Pasteur**, un conseil diagnostique et thérapeutique aux acteurs médicaux prenant en charge en France les patients atteints de leishmaniose. Ce formulaire vise à valider et compléter les données collectées lors de nos échanges.

Si le/la patient(e) ne s'y oppose pas, ces données pourront être intégrées dans la base de données européenne « LeishMan » mise en place sous l'égide du **Centre National de Référence des Leishmanioses à Montpellier** (direction: Pr Patrick Bastien; expertise typage des souches: Dr Christophe Ravel) et en collaboration avec nos collègues européens.

#### **Pour nous transmettre cette fiche vous pouvez l'envoyer :**

- par courrier électronique (**romain.guery@aphp.fr** ou **pbuffet@ints.fr** avec copie à **cnr-leishmania@chu-montpellier.fr**)
- par courrier papier au Centre Médical de l'Institut Pasteur, 211 rue de Vaugirard, 75015 Paris
- par fax : 0144495440

Si possible accompagnée d'un compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation.

Chaque fiche reçue nous aide à contrôler la qualité des données saisies et à améliorer les conseils fournis.

Dossier en main cette fiche est généralement complétée en 5 à 10 minutes.

Nous vous remercions de votre confiance."

**Dr Romain Guery, Dr Benoit Henry, Pr Pierre Buffet.**

*Selon la procédure du CNR les données peuvent être portées de manière codée dans la base de données européenne en lien avec le CNR sous réserve que le patient ne s'y oppose pas et que la mention de cette non-opposition figure dans le dossier.*

## **COORDONNEES DU MEDECIN EN CHARGE DU PATIENT**

**Nom**

**Prénom**

**Téléphone (portable de préférence)**

**Adresse e-mail**

**Lieu d'exercice (structure)**

**Lieu d'exercice (ville)**

## **DONNEES PATIENT**

**Nom du patient**

**Prénom du patient**

**Date de naissance (JJ/MM/AAAA)**

**Age du patient en années**

**Sexe**

**Homme**

**Femme**

**Pays de naissance**

**Pays de résidence (les 12 derniers mois)**

**Profil du patient**

**Voyage dans les 2 dernières années ?**

**oui**

**non**

**Lieu du dernier voyage (pays, région) = zone probable de contamination**

**Date entrée dans le pays pour le dernier voyage (pays, région) (JJ/MM/AAAA sinon mois et année)**

**Date sortie dans le pays pour le dernier voyage (pays, région) (JJ/MM/AAAA sinon mois et année)**

**Autres voyages ? Précisez avec le lieu et les dates d'entrée-sorties:**

## **DONNEES CLINIQUES**

**Date de la demande d'avis (JJ/MM/AAAA)**

**Date du diagnostic de Leishmaniose (JJ/MM/AAAA)**

**Type d'épisode**

**Si "rechute" , précisez si 1ère rechute, 2e, etc..**

premier épisode

rechute

### **Comorbidités**

Antécédents médicaux notamment immunodépression (VIH, transplantation d'organes, hémopathies), diabète, HTA, grossesse en cours, etc..

Préciser les traitements associés (antirétroviraux, immunosuppresseurs, corticoïdes, etc....)

### **Antécédents**

### **Traitements notables au long cours**

**Autres cas suspects ou confirmés dans l'entourage ?**

OUI

NON

Ne sait pas

Précisez

**Espèce de Leishmanie connue au moment de la demande d'avis ?**

oui

non

**Si oui, précisez l'espèce :**

**Date de début des symptômes constatés par le patient ou son entourage ? (JJ/MM/AAAA)**

**Date de la première consultation médicale ? (JJ/MM/AAAA)**

**Date d'admission à l'hôpital ? (JJ/MM/AAAA)**

**Hospitalisation en soins intensifs ?**

oui

non

**"Performans status" à l'admission (indice ECOG)**

0 = Pleinement actif - Le malade peut exercer son activité normale sans aucune restriction

1 = Restreint dans les activités physiques fatigantes, mais pouvant ambuler, pouvant exercer une activité sans contraintes physiques importantes - activité domestique légère, bureau, etc.

2 = Patient ambulateur et capable de s'occuper de lui-même pour ses soins personnels, mais incapable d'activité professionnelle ou à la maison. Debout plus de 50% de la journée.

3 = Ne pouvant faire que le minimum pour ses soins personnels. Confiné au lit ou à la chaise plus de 50% de la journée.

4 = Complètement handicapé dans sa vie, confiné au lit ou à la chaise, nécessitant l'assistance pour sa toilette et ses soins quotidiens

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>PS ECOG</b>					

**Perte de poids > 10% depuis le début des symptômes**

**Poids à l'admission:**

- OUI
- NON
- Ne sait pas

**Fièvre**

**Si oui, précisez la température maximale (°C):**

- OUI
- NON
- Ne sait pas

**Splénomégalie**

Si oui, taille (avec débord en cm ou en travers de doigts) :

Taille de la splénomégalie (mesurée en cm par échographie, TDM ou IRM):

- OUI
- NON
- Ne sait pas

**Adénopathie(s)**

**Taille maximale adénopathie(s) (en cm)**

**Signes cutanés**

**Hémorragies**

- OUI
- NON
- Ne sait pas

- OUI
- NON
- Ne sait pas

- OUI
- NON
- Ne sait pas

**Hépatomégalie**

**Taille hépatomégalie (mesurée par échographie, TDM ou IRM):**

- OUI
- NON
- Ne sait pas

**Hémoglobine (g/dl)**

**Plaquettes (cellules/mm<sup>3</sup>)**

**Leucocytes (cellules/mm<sup>3</sup>)**

**Neutrophiles (cellules/mm<sup>3</sup>)**

**Lymphocytes (cellules/mm<sup>3</sup>)**

**Monocytes (cellules/mm<sup>3</sup>)**

**Créatinine (μmol/L)**

**Gammaglobulines (g/L)**

**Bilan hépatique**

**Bilirubine totale (μmol/L)**

ASAT normales

ASAT > 1N

ALAT normales

ALAT >1N

**Ferritine (ng/L)**

**Tryglycérides (mmol/L)**

**Fibrinogène (g/L)**

**Images d'hémophagocytose au myelogramme ?**

**Si présence d'une infection par le VIH :**

**Lymphocytes CD4 (mm<sup>3</sup>)**

**Lymphocytes CD4 (%)**

**Charge virale VIH:**

**Précisez le nombre de copies + log (ex. 47 copies ; 1,7 log):**

indélectable

délectable

## **DONNEES THERAPEUTIQUES**

**Leishmaniose déjà traitée ?**

OUI

NON

Ne sait pas

**Si oui, détaillez brièvement l'histoire thérapeutique : traitements anti-leishmanies, mais aussi antibiotiques, corticoïdes ou autres traitement avant la confirmation diagnostique (y compris splénectomie)**

**Quel traitement auriez-vous proposé pour l'épisode actuel en l'absence de conseil thérapeutique ?  
Préciser : le ou les médicaments, la voie d'administration : PO/IM/IV, la posologie, la durée.**

**Quel traitement curatif vous a été proposé au moment de l'avis thérapeutique ?  
Préciser : le ou les médicaments, la voie d'administration : PO/IM/IV, la posologie, la durée.**

**Quelle prophylaxie secondaire vous a été proposé au moment de l'avis thérapeutique ?  
(y compris aucune)  
Préciser : le ou les médicaments, la voie d'administration : topiques/intra-lésionnelle/IM/IV, la posologie, la durée.**



## DONNEES PARASITOLOGIQUES

Un diagnostic parasitologique a-t-il été fait ?

Date du diagnostic parasitologique

OUI

NON

EN COURS

NE SAIT PAS

Si oui, quel(s) type(s) de prélèvement étai(ent) positif(s) ou négatif(s) ?

	Positif	Négatif	Non fait
Frottis de moelle			
Histologie montrant des formes amastigotes			
Culture d'aspiration médullaire			
PCR sur sang total			
PCR sur aspiration médullaire			
PCR sur ganglion			
PCR sur rate			
Sérologie			

Si PCR sang positive, précisez la charge (parasites/ml)

Autre(s) examens positifs ? précisez:

Identification de l'espèce ?

Si oui, précisez l'espèce :

OUI

NON

Non-opposition du patient ou du tuteur légal à son inclusion (anonymisée) dans la base de données européenne "LeishMan" ?

ACCORD pour inclusion

REFUS de l'inclusion

EN COURS

## COMMENTAIRES LIBRES SUR LE DOSSIER

**CLIQUER ENSUITE SUR "envoyez le formulaire" ou SINON ENREGISTREZ le au format .pdf et ENVOYEZ le à l'adresse suivante : [romain.guery@aphp.fr](mailto:romain.guery@aphp.fr) avec copie à [cnr-leishmania@chu-montpellier.fr](mailto:cnr-leishmania@chu-montpellier.fr)**