

Demande d'avis thérapeutique

Leishmaniose viscérale

Un conseil diagnostique et thérapeutique est proposé 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 des centres européens.

Pour nous transmettre cette fiche (si possible accompagnée d'un compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation) **vous pouvez l'envoyer :**

- par courrier électronique (**romain.guery@chu-nantes.fr** et **pabuffet@gmail.com** avec copie à **cnr-leishmania@chu-montpellier.fr**)

- par courrier papier : Dr Romain Guery Service de Maladies Infectieuses et Tropicales CHU de Nantes 1 place Alexis-Ricordeau 44093 Nantes Cedex 1

- par fax : « à l'attention du Dr Romain Guery » Fax : 02 40 08 31 81

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, 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

	0	1	2	3	4
PS ECOG					

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

OUI

OUI

NON

NON

NON

Ne sait pas

Ne sait pas

Ne sait pas

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

OUI

NON

Ne sait pas

Hémoglobine (g/dl)

Plaquettes (cellules/mm³)

Leucocytes (cellules/mm³)

Neutrophiles (cellules/mm³)

Lymphocytes (cellules/mm³)

Monocytes (cellules/mm³)

Créatinine (μmol/L)

Gammaglobulines (g/L)

Bilan hépatique

Bilirubine totale (μmol/L)

ASAT normales

ASAT > 1N

ALAT normales

ALAT >1N

Ferritine (ng/L)

Tryglicérides (mmol/L)

Fibrinogène (g/L)

Images d'hémophagocytose au myelogramme ?

Si présence d'une infection par le VIH :

Lymphocytes CD4 (mm³)

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 négatifs(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