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

A adresser au :	Contacts :
CNR Aspergilloses chroniques LA-AspC - Service de Parasitologie & Mycologie CHU de Bordeaux - Groupe Hospitalier Pellegrin Place Amélie Raba-Léon – 33000 Bordeaux	- 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 : ----------

- 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 : Identification isolat 1 :	**Vos résultats**	☐ CMI diffusion en gradient ☐ CMI microplaque commercialisée Sera rempli par CNR	CMI Eucast Sera rempli par CNR
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 : Identification isolat 1 :	**Vos résultats**	☐ CMI diffusion en gradient ☐ CMI microplaque commercialisée Sera rempli par CNR	CMI Eucast Sera rempli par CNR
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 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 : ----------

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 :
