

**Utilisation des biothérapies au cours des vascularites urticariennes (VU) :  
Anti-CD20, anti-IL-1 et anti-IgE (Lucas Maisonobe, Marie Jachiet, Benjamin Terrier)**

Contact : [lucas.maisonobe@aphp.fr](mailto:lucas.maisonobe@aphp.fr), [benjamin.terrier@aphp.fr](mailto:benjamin.terrier@aphp.fr) ou fax au 0158411450

**DEMOGRAPHIE**

Nom (3 lettres) : [ ][ ][ ]

Prénom (2 lettres) : [ ][ ]

Age (années) : [ ][ ]

Sexe : [ ]

Nom et email du médecin : .....

**DIAGNOSTIC DE VASCULARITE URTICARIENNE**

Date du diagnostic (MM/AAAA) : [ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

Critères d'inclusion :

1	Urticaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2	Vascularite leucocytoclasique sur biopsie cutanée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3	Traitement par anti-CD20, anti-IL-1 et/ou Anti-IgE	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Vascularite hypocomplémentémique ou normocomplémentémique :

Le (la) patient(e) présente une **VU hypocomplémentémique (VUH)**

Le (la) patient(e) présente une **VU normocomplémentémique (VUN)**

Diagnostic isolée ou associée :

Le (la) patient(e) présente une **VU isolée**

Le (la) patient (e) présente une **VU associée à une autre maladie auto-immune**

En cas de VU associée à une ou plusieurs maladie(s) auto-immune(s), de quelle(s) pathologie(s) s'agit-il:

Lupus systémique  Sjögren  Polyarthrite rhumatoïde  Sclérodermie  Myosite

Thyroïdite de Hashimoto  Cirrhose biliaire primitive  Maladie coéliqua

Autre  Si oui, laquelle : .....

**CARACTERISTIQUES DE LA VU AU DIAGNOSTIC**

**Urticaire**  Pigmentation  Erythème  Prurit  Douleur  Fixe  Labile

Durée des poussées : < 3 heures  3 à 24 heures  > 24 heures

Extension : < 50% du corps  ≥ 50% du corps

Evolution depuis : < 6 semaines  ≥ 6 semaines

Angio-œdème  Purpura  Livedo

**Signes généraux**

Si oui : Fièvre >38°C  Asthénie

- Musculo-squelettique**  Si oui : Arthralgies  Arthrites  Myalgies
- Rénale**  Si oui, type d'atteinte rénale : .....
- Respiratoire**  Si oui : Dyspnée  Toux   
 Tabagisme : Non  Sevré  Actif  (.....PA)  
 EFR : TV obstructif  TV restrictif  Normales
- Digestive**  Si oui : Douleur abdominale  Nausées/vomissements  Diarrhée
- Ophthalmologique**  Si oui : Uvéite  Conjonctivite  Sclérite/Episclérite
- Organomégalie**  Si oui : Adénopathies  Hépatomégalie  Splénomégalie
- Autre**  Si oui, type : .....

**Caractéristiques biologiques :**

C3 : ..... mg/l C4 : ..... mg/l CH50 : .....% C1q : ..... mg/l C1s : ..... mg/l C1 inh: ..... mg/l  
 Anticorps anti C1q : Positif  Négatif  Non fait   
 FAN : Positif  Négatif  Si positifs : Anti-ADN  Anti-ENA  (spécificité: .....)  
 Cryoglobulinémie : Positif  Négatif  Non fait   
 Pic monoclonal : Oui  (type Ig:.....) Non  Facteur rhumatoïde : Positif  Négatif   
 IgE totaux : .....UI/ml CRP : .....mg/L

**Confirmation histologique :**

Biopsie cutanée : Vascularite leucocytoclasique  Dépôts d'Ig et/ou C3 en IF

**TRAITEMENTS CONVENTIONNELS UTILISES AVANT LA BIOTHERAPIE**

Molécule	Oui	Non	Date d'introduction	Date d'arrêt
Anti-histaminiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Hydroxychloroquine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Dapsone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Colchicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Corticoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Azathioprine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Mycophénolate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Cyclophosphamide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Plasmaphèreses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
IgIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__/__/__

# CARACTERISTIQUES DE LA VU A LA MISE SOUS BIOTHERAPIE N°1

**Type de traitement :**

- Rituximab  Schéma 1g J1/J15  Schéma 375 mg/m<sup>2</sup>/sem x 4  Autre: .....   
 Entretien par rituximab  Si oui, schéma d'entretien : .....
- Anti-IL1  Si oui, molécule utilisée : ..... Schéma : .....
- Anti-IgE  Si oui, schéma utilisé : .....
- Autres traitements associés  Si oui, décrire : .....

Date début du traitement (JJ/MM/AAAA) : [\_]\_[\_] / [\_]\_[\_] / [\_]\_[\_]\_[\_]\_[\_]

**Caractéristiques cliniques :**

- Urticaire  Angio-cœdème  Purpura  Livedo
- Musculo-squelettique  Si oui : Arthralgies  Arthrites  Myalgies
- Rénale  Si oui, type d'atteinte : .....
- Respiratoire  Si oui, VEMS : ..... ml VEMS : .....% VEMS/CV : .....%
- Digestive  Si oui, type d'atteinte : .....
- Ophthalmologique  Si oui, type d'atteinte : .....
- Autre  Si oui, type d'atteinte : .....

**Efficacité de la biothérapie :**

- Réponse cutanée : Totale  Amélioration ≥50%  Amélioration <50%  Pas de réponse
- Réponse clinique des autres atteintes : Similaire à l'atteinte cutanée  Dissociée

Détailler : .....

Évolution du complément : Normalisation  Amélioration partielle  Pas de réponse

Variables	Initiation (M0)	M3 ± 1 mois	M6 ± 1 mois	M12 ± 3 mois	M18 ± 3 mois	M24 ± 3 mois
Dose GCs (mg)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C1q (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C3 (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C4 (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
CRP (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Effet indésirable	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Date de fin du traitement (JJ/MM/AAAA) : [\_]\_[\_] / [\_]\_[\_] / [\_]\_[\_]\_[\_]\_[\_]

**Conclusion du traitement :**

- Maladie réfractaire  Réponse sous traitement  Rechute sous traitement
- Réponse persistante après l'arrêt  Rechute après l'arrêt

## CARACTERISTIQUES DE LA VU A LA MISE SOUS BIOTHERAPIE N°2

### Type de traitement :

- Rituximab  Schéma 1g J1/J15  Schéma 375 mg/m<sup>2</sup>/sem x 4  Autre: .....   
 Entretien par rituximab  Si oui, schéma d'entretien : .....
- Anti-IL1  Si oui, molécule utilisée : ..... Schéma : .....
- Anti-IgE  Si oui, schéma utilisé : .....
- Autres traitements associés  Si oui, décrire : .....

Date début du traitement (JJ/MM/AAAA) : [ ]/[ ]/[ ]

### Caractéristiques cliniques :

- Urticaire  Angio-cédème  Purpura  Livedo
- Musculo-squelettique  Si oui : Arthralgies  Arthrites  Myalgies
- Rénale  Si oui, type d'atteinte : .....
- Respiratoire  Si oui, VEMS : ..... ml VEMS : .....% VEMS/CV : .....%
- Digestive  Si oui, type d'atteinte : .....
- Ophthalmologique  Si oui, type d'atteinte : .....
- Autre  Si oui, type d'atteinte : .....

### Efficacité de la biothérapie :

Réponse cutanée : Totale  Amélioration ≥50%  Amélioration <50%  Pas de réponse

Réponse clinique des autres atteintes : Similaire à l'atteinte cutanée  Dissociée

Détailler : .....

Évolution du complément : Normalisation  Amélioration partielle  Pas de réponse

Variables	Initiation (M0)	M3 ± 1 mois	M6 ± 1 mois	M12 ± 3 mois	M18 ± 3 mois	M24 ± 3 mois
Dose GCs (mg)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C1q (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C3 (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C4 (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
CRP (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Effet indésirable	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Date de fin du traitement (JJ/MM/AAAA) : [ ]/[ ]/[ ]

### Conclusion du traitement :

- Maladie réfractaire  Réponse sous traitement  Rechute sous traitement   
 Réponse persistante après l'arrêt  Rechute après l'arrêt

## CARACTERISTIQUES DE LA VU A LA MISE SOUS BIOTHERAPIE N°3

### Type de traitement :

- Rituximab  Schéma 1g J1/J15  Schéma 375 mg/m<sup>2</sup>/sem x 4  Autre: .....   
 Entretien par rituximab  Si oui, schéma d'entretien : .....
- Anti-IL1  Si oui, molécule utilisée : ..... Schéma : .....
- Anti-IgE  Si oui, schéma utilisé : .....
- Autres traitements associés  Si oui, décrire : .....

Date début du traitement (JJ/MM/AAAA) : [\_]\_[\_] / [\_]\_[\_] / [\_]\_[\_]\_[\_]\_[\_]

### Caractéristiques cliniques :

- Urticaire  Angio-cédème  Purpura  Livedo
- Musculo-squelettique  Si oui : Arthralgies  Arthrites  Myalgies
- Rénale  Si oui, type d'atteinte : .....
- Respiratoire  Si oui, VEMS : ..... ml VEMS : .....% VEMS/CV : .....%
- Digestive  Si oui, type d'atteinte : .....
- Ophthalmologique  Si oui, type d'atteinte : .....
- Autre  Si oui, type d'atteinte : .....

### Efficacité de la biothérapie :

- Réponse cutanée : Totale  Amélioration ≥50%  Amélioration <50%  Pas de réponse
- Réponse clinique des autres atteintes : Similaire à l'atteinte cutanée  Dissociée

Détailler : .....

Évolution du complément : Normalisation  Amélioration partielle  Pas de réponse

Variables	Initiation (M0)	M3 ± 1 mois	M6 ± 1 mois	M12 ± 3 mois	M18 ± 3 mois	M24 ± 3 mois
Dose GCs (mg)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C1q (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C3 (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
C4 (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
CRP (mg/L)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Effet indésirable	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Date de fin du traitement (JJ/MM/AAAA) : [\_]\_[\_] / [\_]\_[\_] / [\_]\_[\_]\_[\_]\_[\_]

### Conclusion du traitement :

- Maladie réfractaire  Réponse sous traitement  Rechute sous traitement
- Réponse persistante après l'arrêt  Rechute après l'arrêt

## DERNIER SUIVI

**Date du dernier suivi (JJ/MM/AAAA) :** [ ]-[ ]-[ ]/[ ]-[ ]-[ ]/[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

**Situation clinico-biologique au dernier suivi :**

Réponse cutanée : Totale  Amélioration ≥50%  Amélioration <50%  Pas de réponse

Réponse clinique des autres atteintes : Similaire à l'atteinte cutanée  Dissociée

Détailler : .....

Évolution du complément : Normalisation  Amélioration partielle  Pas de réponse

C3 : ..... mg/l    C4 : ..... mg/l    CH50 : ..... %    C1q : ..... mg/l

Anticorps anti C1q : Positif  (valeur: ..... )    Négatif     Non fait

**Traitements et posologies en cours au dernier suivi :** .....

## COMPLICATIONS AU COURS DU SUIVI

**Survenue de complications (décès, ...) :** Oui  Non

**Si oui :**

- Nature de la complication 1 : .....

Traitement en cours au moment de la complication : .....

Date de la complication (JJ/MM/AAAA) : [ ]-[ ]-[ ]/[ ]-[ ]-[ ]/[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

- Nature de la complication 2 : .....

Traitement en cours au moment de la complication : .....

Date de la complication (JJ/MM/AAAA) : [ ]-[ ]-[ ]/[ ]-[ ]-[ ]/[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

- Nature de la complication 3 : .....

Traitement en cours au moment de la complication : .....

Date de la complication (JJ/MM/AAAA) : [ ]-[ ]-[ ]/[ ]-[ ]-[ ]/[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]