**Fiche de recueil :**

**Association vascularites à ANCA et syndrome de Sjögren primitif**

**Identification du service** : **Nom du médecin** :

**Téléphone :**

**E-mail :**

Cette fiche de recueil vise à intégrer votre observation dans un travail portant sur les cas de vascularites à ANCA associées à un syndrome de Sjögren primitif (pSS). L’objectif de ce travail est de définir le plus précisément possible les caractéristiques cliniques et le pronostic associés à cette coexistence de pathologies. Les données recueillies seront ensuite comparées à celles obtenues par une revue systématique des cas publiés.

Dr Divi Cornec, Dewi Guellec (interne), Pr Alain Saraux

Service de Rhumatologie

CHU Cavale-Blanche

Boulevard Tanguy Prigent

29200 Brest

Tel : 02 98 34 72 67 / Fax : 02 98 49 36 27

[dewiguellec@hotmail.fr](file:///C:\Documents%20and%20Settings\XXX\Bureau\dewiguellec@hotmail.fr)

**CARACTERISTIQUES DU PATIENT**

Nom (2 premières lettres) :    Prénom (3 premières lettres) :

Sexe :  Homme  Femme Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Profession :

Antécédents personnels notables :

Antécédents familiaux de maladie auto-immune :  Oui  Non Si oui, précisez :

**DIAGNOSTIC DE pSS**

Date du diagnostic (JJ/MM/AAAA) :       Date de début des symptômes (JJ/MM/AAAA) :

Caractéristiques cliniques au diagnostic :

Syndrome sec oculaire :  Oui  Non Syndrome sec buccal :  Oui  Non

Arthralgies :  Oui  Non Toux:  Oui  Non

Syndrome de Raynaud:  Oui  Non Neuropathie périphérique :  Oui  Non

Myalgies :  Oui  Non

Flux salivaire anormal :  Oui  Non Test de Schirmer anormal :  Oui  Non

Caractéristiques histologiques :

Réalisation d’une BGSA :  Oui  Non Si oui, Focus Score > 1 ?  Oui  Non

Caractéristiques biologiques :

Hb :       g/dl VS :       mm CRP :       g/l

Anticorps anti-nucléaires positifs :  Oui  Non Si oui, précisez le taux et la fluorescence :

Facteur Rhumatoïde positif :  Oui  Non Si oui, précisez le taux:

Anti-Ro (SSA) :  Oui  Non Anti-LA (SSB) :  Oui  Non

Autres auto-anticorps:  Oui  Non Si oui, précisez:

Hypergammaglobulinémie :  Oui  Non

Protéinurie :  Oui  Non Si oui, précisez le taux:       g/24h

Complications :

Pneumopathie lymphoïde :  Oui  Non Atteinte rénale :  Oui  Non

Péricardite :  Oui  Non Lymphome:  Oui  Non

Critères de classification :

Critères ACR remplis:  Oui  Non Critères AECG remplis :  Oui  Non

Traitements instaurés pour le syndrome de Sjögren (précisez) :

Si le syndrome de Sjögren a été diagnostiqué en premier, de nouveaux symptômes sont-ils apparus dans les mois précédents le diagnostic de vascularite ? lesquels ?

**DIAGNOSTIC DE VASCULARITE A ANCA**

Date du diagnostic (JJ/MM/AAAA) :       Date de début des symptômes (JJ/MM/AAAA) :

Diagnostic retenu :

Granulomatose avec polyangéite (ex Wegener)  Polyangéite microscopique

Granulomatose éosinophilique avec polyangéite (ex Churg & Strauss)  Glomérulonéphrite isolée

Autre Dans ce cas, précisez le diagnostic :

Caractéristiques cliniques:

Atteinte pulmonaire :  Oui  Non Si oui, précisez :

Atteinte rénale :  Oui  Non Si oui, précisez :

Atteinte cutanée :  Oui  Non Si oui, précisez :

Atteinte neurologique périphérique :  Oui  Non Si oui, précisez :

Atteinte neurologique centrale :  Oui  Non Si oui, précisez :

Atteinte digestive :  Oui  Non Si oui, précisez :

Autre atteinte systémique :  Oui  Non Si oui, précisez :

Caractéristiques biologiques au diagnostic :

Hb :       g/dl VS :       mm CRP :       g/l

Hématurie :  Oui  Non

Protéinurie :  Oui  Non Si oui, précisez le taux:       g/24h

ANCA :  c-ANCA  p-ANCA Spécificité :  Anti-MPO  Anti-PR3  Aucune

Taux :       Taux :

Autre(s) donnée(s) biologique(s) d’intérêt :

Caractéristiques histologiques :

Organe(s) étudié(s) :       Résultat(s) :

Prise en charge médicamenteuse de la vascularite systémique :

Prednisone :  Oui  Non Posologie initiale :       mg/kg/jour

Méthylprednisone :  Oui  Non Posologie :       mg,

Nombre de bolus :

Cyclophosphamide :  Oui  Non Si oui :  IV  PO

Azathioprine :  Oui  Non Mycophénolate mofetil :  Oui  Non

Rituximab :  Oui  Non

Autres thérapeutiques médicamenteuses :

Autres prise en charge :

Hémodialyse :  Oui  Non Plasmaphérèse :  Oui  Non

Chirurgie :  Oui  Non Si oui, précisez :

**EVOLUTION**

Date des dernières nouvelles (JJ/MM/AAAA) :

Evolution :  Rémission  Amélioration  Stabilisation  Aggravation

Hémodialyse  Décès

**AUTRES REMARQUES JUGEES PERTINENTES CONCERNANT L’OBSERVATION**

**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !**