**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%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5CXXX%5CBureau%5Cdewiguellec%40hotmail.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 !**