Etude observationnelle multicentrique sur les facteurs prédictifs, pronostics et les stratégies thérapeutiques entreprises dans la crise rénale sclérodermique au cours de la grossesse

*Investigateur principal : Thibaut Naveau*

*Investigateurs associés : Marie-Elise Truchetet*

*Université de Bordeaux, Hôpital Pellegrin, Service de rhumatologie, Centre de référence des maladies auto-immunes et systémiques rares.*

# MEDECIN RESPONSABLE DU PATIENT

NOM, Prénom :…..……………….………………………………………………………………...

Service :………………………………………………………………………………………………

Adresse :……..……………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de téléphone:……………….……………………………………………………………….

Numéro de fax :…..…………………………………………………………………………………..

Email :………………………………………………………………………………….………………

# DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

**Nom (3 lettres) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦  **Prénom (3 lettres) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦

**Année de naissance** ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦

**Antécédents familiaux de maladie auto-immune** (préciser)**: …………………………………**

**……………………………………………….…………………………………………………………..**

**Antécédents personnels:…………………………………………………………………………..**

# CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTE AU DIAGNOSTIC

**Date des premiers symptômes : ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Date du diagnostic :** : **⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Types de sclérodermie :**

* Forme systémique cutanée diffuse : Oui / Non
* Forme systémique cutanée localisée : Oui / Non
* Morphée : Oui /Non

**Score de Rodnan au diagnostic : ⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Profil immunologique :**

* Taux d’anticorps anti-nucléaires :
* Taux d’anticorps anti-ARN polymérase de type III:
* Taux d’anticorps anti-centromère :
* Taux d’anticorps anti-SCL70 :
* Taux d’anticorps anti-RNP :

Autres anomalies du bilan immunologique : **: ……………………………………………………..**

**……………………………………………….…………………………………………………………..**

**Présence d’une hypertension artérielle au diagnostic**(TA>140/90 au moins 2 fois à 3 semaines d’intervalle)**:** Oui / Non

**Fonction rénale au diagnostic :**

* Créatinine (umol/L) : …………………………………………………………………………...
* Urée (mmol/L) :………………………………………………………………………………….

**Description succincte des différentes atteintes de la patiente au diagnostic :**

* Cutanée :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Articulaire :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Digestive :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Pulmonaire :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Rénale :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Antécédent de crise rénale sclérodermique :** Oui / Non

**Thérapeutiques mises en place :**…………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autres traitements habituels :………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

# LA CRISE DU PER OU POST-PARTUM

**Date de début de la grossesse :** : **⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Eventuelles modifications thérapeutiques au début de la grossesse :**……………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Date de terme**(en semaine) **si crise per partum:** ………………………………………………

**Nombre de semaine après l’accouchement si crise du post partum :**………………………

**Symptômes :**

* Céphalées : Oui / Non
* Dyspnée : Oui / Non
* Flou visuel : Oui / Non
* Poussée d’insuffisance cardiaque : Oui / Non
* Crise convulsive ou autre symptôme neurologique : Oui / Non
* Oligo-anurie : Oui / Non
* Oedèmes : Oui / Non
* Autre : ……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

**Tension artérielle :** **⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣ / ⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Créatinine** (umol/L) : ……………………….

**Protéinurie** (mg/mmol) : ……………………

**Hémoglobine**(g/dL) : ………………………

**Plaquettes** (G/L) : …………………………..

**Stigmates d’hémolyse** : Oui / Non

**Taux de rénine** : ……………………………..

**Cardiomégalie à la radiographie thoracique :** Oui / Non

**Anomalie au Doppler placentaire au cours de la grossesse** : Oui / Non

**Compte-rendu anatomopathologique de la biopsie rénale :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Prise de corticoïde dans les 6 mois précédent la crise** : Oui / Non , si oui, précisez la dose …………………

# TRAITEMENT DE LA CRISE

**Extraction fœtale : oui 🞏 non 🞏**

**IEC : oui 🞏 non 🞏**

-type : …………………………..

-Dose (mg/j) : ………………….

-Date d’introduction et durée :……………………………………………………………………

**Alpha-bloquant: oui 🞏 non 🞏**

-type : ………………….……….

-Dose (mg/j) : ………………….

-Date d’introduction et durée :……………………………………………………………………

**Anti-aldostérone: oui 🞏 non 🞏**

-type : ………………….……….

-Dose (mg/j) : ………………….

-Date d’introduction et durée :……………………………………………………………………

**Béta-bloquant : oui 🞏 non 🞏**

-type : ………………….……….

-Dose (mg/kg/j) : …………………

-Date d’introduction et durée :……………………………………………………………………

**Diurétiques:** **oui 🞏 non 🞏**

-type : ………………….

-Dose (mg/j) : ………………….

-Date d’introduction et durée :……………………………………………………………………

**Antagoniste des récepteurs à l’endothéline :** **oui 🞏 non 🞏**

-Dose (mg/j) : ………………….

-Durée : ………………….

-Date d’introduction et durée :……………………………………………………………………

**Dialyse : oui 🞏 non 🞏**

-Date d’introduction :…………………………………………………………………………………

Temporaire **oui 🞏 non 🞏**

Définitive **oui 🞏 non 🞏**

**=> Autre (préciser :** ………………….)**:** **oui 🞏 non 🞏**

-Dose (mg/j) : ………………….

-Durée : ………………….

-Date d’introduction et durée :……………………………………………………………………

# EVOLUTION DES PRINCIPAUX PARAMETRES AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

Cf Tableau évolution

# DEVENIR A UN AN

**Décès :** oui **🞏** non **🞏** ; si oui : date du décès**: ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Créatinine**(umol/L) :

**Tension artérielle :**

**Protéinurie** (mg/mmol) : ……………………

**Dialyse définitive : oui 🞏 non 🞏**

**Greffe rénale : oui 🞏 non 🞏**

**Score de Rodnan : : ⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Plaintes cliniques:…………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………….…………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………….**

# DERNIER SUIVI (date aux dernières nouvelles ou à la dernière consultation)

**Date (JJ/MM/AAAA) : ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Décès :** oui **🞏** non **🞏** ; si oui : date du décès**: ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦**

**Créatinine**(umol/L) :

**Tension artérielle :**

**Protéinurie** (mg/mmol) : ……………………

**Greffe rénale : oui 🞏 non 🞏**

**Plaintes cliniques:…………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………….…………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**Traitements en cours (avec posologie) : ……………………………………………………**

**……………………………………….…………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………….…………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………….…………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**