**FICHE DE RECEUIL : POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**

**ET LEPTO ou PACHYMENINGITE**

**CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES**

**INITIALES : … - …**

**Date de naissance :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Sexe : F** [ ]  **M** [ ]

**RECUEIL**

Date du recueil : Cliquez ici pour entrer une date.

Médecin référent :

Service - Ville :

Contact (e-mail/téléphone) :

**Antécédents personnels : rhumatologique hors PR / auto-immuns / neurologiques :**

* **…**
* **…**
* **…**

**Antécédents familiaux de rhumatisme inflammatoire / d’auto-immunité :**

* …
* …
* …

**CARACTERISTIQUES DE LA PR**

**Date de début des symptômes** : Cliquez ici pour entrer une date.

**Date du diagnostic :** Cliquez ici pour entrer une date.

**DAS-28 CRP** connu le plus élevé :

**CRP** au diagnostic : mg/L

**Facteurs rhumatoïdes :** oui [ ]  non [ ]  si oui taux : UI/mL

**Anticorps anti-CCP :** oui [ ]  non [ ]  si oui taux : UI/mL

**Érosions articulaires :** oui [ ]  non [ ]

**Nodules rhumatoïdes :** oui [ ]  non [ ]

**Tabagisme :** oui [ ]  non [ ]  si oui nombre de paquets-année :

**Atteinte extra-articulaires de la PR :**

* Ophtalmologique : oui [ ]  non [ ]  si oui, préciser :
* Syndrome de Raynaud : oui [ ]  non [ ]
* Vascularite : oui [ ]  non [ ]
	+ Atteinte cutanée : oui [ ]  non [ ]
	+ Atteinte neurologique périphérique : oui [ ]  non [ ]
* Pulmonaire : oui [ ]  non [ ]  si oui, préciser :
* Cardiaque : oui [ ]  non [ ]
* Syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire : oui [ ]  non [ ]
* Amylose AA secondaire : oui [ ]  non [ ]
* Syndrome de Felty : oui [ ]  non [ ]
* Autre : …………………

**Traitements de la PR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Traitements** | **En cours actuellement** | **Depuis la MR** | **Au moment de la MR** | **Avant la MR** |
| **AINS** | [ ] Préciser : DCI et dose | [ ] Préciser : DCI et dose | [ ] Préciser : DCI et dose | [ ] Préciser : DCI et dose |
| **Glucocorticoïdes**  | [ ]  dose d’équivalent prednisone en mg/j : … | [ ]  dose moyenne d’équivalent prednisone en mg/j : … | [ ]  dose d’équivalent prednisone en mg/j : … | [ ]  dose moyenne d’équivalent prednisone en mg/j : … |
| **Méthotrexate**  | [ ] préciser : SC [ ]  PO [ ] dose en mg/sem : … | [ ] préciser : SC [ ]  PO [ ] dose en mg/sem : … | [ ] préciser : SC [ ]  PO [ ] dose en mg/sem : … | [ ] préciser : SC [ ]  PO [ ] dose en mg/sem : … |
| **Léflunomide**  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Salazopyrine**  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Hydroxychloroquine** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Anti-TNF** | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … |
| **Rituximab** | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| **Anti-IL6R** | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … |
| **Abatacept**  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Anti JAK-STAT** | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … |
| **Autres** | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … | [ ] préciser : … |

**CARACTERISTIQUES DE LA LEPTO / PACHYMENINGITE**

**Date début des symptômes :**Cliquez ici pour entrer une date.

**Date du diagnostic :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Symptômes neurologiques : Présence** [ ]  **Absence** [ ]

* Céphalées : oui [ ]  non [ ]
* Nausées/vomissements : oui [ ]  non [ ]
* Photophobie : oui [ ]  non [ ]
* Phonophobie : oui [ ]  non [ ]
* Déficit neurologique focal
	+ Déficit moteur : oui [ ]  non [ ]  si oui, préciser :
	+ Déficit sensitif : oui [ ]  non [ ]  si oui, préciser :
* Atteinte d’un nerf crânien : oui [ ]  non [ ]  si oui, préciser :
* Crises d’épilepsie : oui [ ]  non [ ]  si oui : partielle [ ]  généralisée [ ]
* Tableau psychiatrique : oui [ ]  non [ ]  si oui, préciser :
* Autre : ………………………

**Examens complémentaires à visée étiologique :**

**Biologie :**

* Anticorps anti-nucléaires : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

Titre :

Fluorescence :

Anti-ADN natif : oui [ ]  non [ ]

Anti-SSA : oui [ ]  non [ ]

Anti-SSB : oui [ ]  non [ ]

Autre :

* Anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles :

Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* Anticorps anti-neuronaux : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* Enzyme de conversion de l’angiotensine : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Electrophorèse des protéines sériques : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Phénotypage lymphocytaire : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* Dosage IgG4 sérique : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* Quantiféron : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* Sérologie VIH : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* Sérologie Syphilitique : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Sérologie Lyme : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Sérologie Coxiella : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Sérologie Brucella : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Sérologie Bartonella : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* PCR Whipple selles/salive/LCR: Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Autres analyses (à préciser) :

**BGSA** : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

**Ponction lombaire :** Réalisée [ ]  Non réalisée [ ]

Normale [ ]  Anormale [ ]

* Hypercellularité : oui [ ]  non [ ]  préciser : …… cellules/mm3

Lymphocytes : … %

Neutrophiles : … %

Monocytes/macrophages : … %

Présence d’éosinophiles :

oui [ ]  non [ ]  si oui : … %

Présence de plasmocytes :

oui [ ]  non [ ]  si oui : … %

* Hyperprotéinorachie : oui [ ]  non [ ]  préciser : …… g/l
* Hypoglycorachie : oui [ ]  non [ ]  préciser : …… mmol/l
* Synthèse intra-thécale d’IgG : oui [ ]  non [ ]  commentaire :
* Phénotypage lymphocytaire : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* Recherche de clonalité : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Sérologie Lyme : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Recherche mycobactérie : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Recherche toxoplasmose : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Recherche cryptocoque : Réalisée ☐ Non réalisée ☐

Normale ☐ Anormale ☐préciser :

* Cytologie (anatomopathologie) : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* Autres analyses (à préciser) :

**Imagerie générale :**

* Scanner TAP : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

* PET-scanner : Réalisé ☐ Non réalisé ☐

Normal ☐ Anormal ☐préciser :

**IRM cérébrale :** Réalisée [ ]  Non réalisée [ ]

Normale [ ]  Anormale [ ]

* Pachyméningite oui [ ]  non [ ]
* Leptoméningite oui [ ]  non [ ]

**Conclusion :**

Compte-rendu à joindre svp.

**IRM médullaire :** Réalisée [ ]  Non réalisée [ ]

Normale [ ]  Anormale [ ]

**Conclusion :**

Compte-rendu à joindre svp.

**PET-scanner cérébral :** Réalisé [ ]  Non réalisé [ ]

**Conclusion :**

 Normal [ ]  Anormal [ ]

Compte-rendu à joindre svp.

**Scintigraphie cérébrale :** Réalisée [ ]  Non réalisée [ ]

**Conclusion :**

Normale [ ]  Anormale [ ]

Compte-rendu à joindre svp.

**EEG :** Réalisé [ ]  Non réalisé [ ]

**Conclusion :**

Normal [ ]  Anormal [ ]

Compte-rendu à joindre svp.

**Biopsie méningée :** Réalisée [ ]  Non réalisée [ ]

Normale [ ]  Anormale [ ]

* Marquage immunohistochimique IgG4 : Réalisé [ ]  Non réalisé [ ]

Positif [ ]  Négatif [ ]

* Aspect macroscopique :
* Aspect histologique :

**Conclusion :**

Compte-rendu à joindre svp.

**AU MOMENT DE LA LEPTO/PACHYMENINGITE**

**Évaluation rhumatologique :**

* PR active oui [ ]  non [ ]
* Nombre d’articulations douloureuses /28 :
* Nombre d’articulations gonflées / 28 :
* EVA maladie /10 :
* CRP : … mg/l
* DAS 28 CRP :
* VS : … mm à la première heure
* DAS 28 VS :
* HAQ (au moment de la MR ou de moins d’un an) :

**Date début du traitement de la LEPTO/PACHYMENINGITE :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Traitement de la LEPTO/PACHYMENINGITE :**

* Corticothérapie : [ ]
	+ Bolus IV : oui [ ]  non [ ]
		- Posologie :
		- Durée :
	+ Per os : oui [ ]  non [ ]
		- Posologie initiale (équivalent prednisone en mg/j) :
		- Durée :
		- Protocole de décroissance approximatif :
		- Sevrage en corticoïdes possible oui [ ]  non [ ]
		- Arrêt des corticoïdes au bout de : … mois
* Cyclophosphamide  [ ]
* Azathioprine  [ ]
* Methotrexate  [ ]  préciser : SC ☐ PO ☐ dose en mg/sem : …
* Colchicine  [ ]
* Rituximab  [ ]
* Anti-TNF [ ]  si oui, préciser lequel :
* Ciclosporine  [ ]
* Hydroxychloroquine  [ ]
* Autre : ………………………..

**Traitement adjuvant (non spécifique/symptomatique) éventuel associé :**

* …
* …
* …

Commentaire(s) :

**Résultats/efficacité sur le plan neurologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date**  | **Réévaluation clinique neurologique** | **Réévaluation de l’imagerie (joindre la conclusion du compte-rendu)** |
| Cliquez ici pour entrer une date. | Amélioration [ ] Stagnation [ ] Aggravation [ ]  Commentaire :  | Amélioration [ ] Stagnation [ ] Aggravation [ ]  Commentaire : |
| Cliquez ici pour entrer une date. | Amélioration [ ] Stagnation [ ] Aggravation [ ]  Commentaire : | Amélioration [ ] Stagnation [ ] Aggravation [ ]  Commentaire : |
| **Dernier suivi :** Cliquez ici pour entrer une date. | Amélioration [ ] Stagnation [ ] Aggravation [ ]  Commentaire : | Amélioration [ ] Stagnation [ ] Aggravation [ ]  Commentaire : |

**Rechute à distance :** oui [ ]  non [ ]

SI oui, préciser :

* Délai depuis le début de la LEPTO/PACHYMENINGITE : … mois
* Délai depuis la fin du traitement : … mois

Commentaire(s) :