**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) :