Recueil national d’observations sur les méningites récurrentes aseptiques à polynucléaires neutrophiles.

*Anne Murarasu, Sophie Georgin-Lavialle, Gilles Grateau*

Service de Médecine interne, Centre de référence des maladies auto-inflammatoires et des amyloses de l’adulte, Hôpital Tenon, Paris.

# MEDECIN RESPONSABLE DU PATIENT

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

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

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

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

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

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

Email :………………………………………………………………………………………………

# DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

**Nom (2 lettres) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦  **Prénom (2 lettres) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦

**Sexe (M/F) :** ⎣\_⎦

**Année naissance** ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦

**Age au début des symptômes (années) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦ mois si < 1 an ⎣\_⎦⎣\_⎦

**Age au diagnostic (années) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦

**Age lors de l’étude (années) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦

**Consanguinité (oui/non) :** ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦

**Origine géographique** ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦

# CARACTERISTIQUES CLINIQUES, BIOLOGIQUES ET RADIOLOGIQUES

**Antécédent(s) personnel(s) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Antécédent(s) familiaux :**

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

**Atteinte clinique au moment de l’étude :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** | **NON connu** |
| **FIEVRE RECURRENTE** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **SYNDROME MENINGE** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **ATTEINTE NEUROLOGIQUE CENTRALE** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **CUTANEE** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **ARTICULAIRE** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **ADENOPATHIES** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **OPHTALMOLOGIQUE** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **HEPATO-SPLENOMEGALIE** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **DOULEURS ABDOMINALES** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **AUTRES**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

**Préciser :**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Fréquence des poussées :** …………… /an

**Durée des poussées :** …………………………………(jours)

**Dernier dosage des protéines de l’inflammation :**

CRP: ………………… mg/L; SAA: …………………. mg/L (si fait)

Il-1 : …………………… mg/L ; IL-6 : …………………... mg/L (si fait) et normes du labo

**Réalisation d’une imagerie cérébrale :** oui [ ]  non [ ]

**Si oui, laquelle :** ……………………………………………………………………………………

**Résultats :** …………………………………………………………………………………………

# GENETIQUE

**Recherche de mutation associée au MAI en Sanger :**

***MEFV* :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

***TNRFS1A* :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

***NLRP3* :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

***MVK* :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

- préciser les mutations/variants retrouvées : …………………………………………………..

**Recherche NGS de mutation :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

- préciser les mutations retrouvées : ………………………………………………………………….

**Arbre généalogique (à dessiner ou joindre une photocopie) :**

# TRAITEMENT UTILISE

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

**Corticoïdes** 🞏 Si oui, schéma/posologie : ……………………………….

 Efficacité …………………………………………………….

Dose actuelle si prise……………………………………….

**Colchicine** 🞏 Si oui, schéma/posologie : ……………………………….

 Efficacité ………………………………………………….

Dose actuelle si prise……………………………………….

**IL-1Ra** 🞏 Si oui :

 - Anakinra (Kineret\*) ? 🞏 Si oui, schéma/posologie : ……………………………….

Efficacité …………………………………………………..

- Canakinumab (Ilaris\*) ? 🞏 Si oui, schéma/posologie : ……………………………….

Efficacité …………………………………………………..

 **IL-6** 🞏 Si oui :

 - Tocilizumab (Roactemra\*) ? 🞏 Si oui, schéma/posologie : ……………………………….

Efficacité …………………………………………………..

**Autre(s) traitement(s)** 🞏

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

**Efficacité :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET DELAI DIAGNOSTIC

**Diagnostic différentiel éliminé :**

**Infectieux :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Médicamenteux :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Tumoral :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Paranéoplasique :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Auto-immun :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Vascularite :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Maladie de Behçet :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Sarcoïdose :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Pseudo-Still :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Myélodysplasie :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Hémopathie :** oui [ ]  non [ ]  non recherché [ ]

**Autre : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Résultats en cas de réalisation d’un myélogramme : …………………………………………**

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

**Délai avant évocation d’une maladie auto-inflammatoire : …………………………………...**

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