SAVIA

«Etude de l’association entre la spondyloarthrite et la vascularite à IgA : une étude cas-témoin».

**CAHIER D'OBSERVATION**

**INITIALES DU SUJET**: -

1ière lettre du prénom

du NOM **\***

1ière lettre du nom de famille

du PRENOM

**N° D’INCLUSION** :-

N° du sujet

N° centre

du NOM **\***

**DATE D'INCLUSION**: - -

**CONTACTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dr LETAROUILLY Jean-Guillaume | 03 20 44 69 26 | [jeanguillaume.letarouilly@chu-lille.fr](mailto:jeanguillaume.letarouilly@chu-lille.fr) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Sexe | Homme | Femme |
| * Age au moment du diagnostic de vascularite à IgA |\_|\_| année | | |
| * Durée d’évolution de la vascularite à IgA |\_|\_| année | | |

**DIAGNOSTIC DE LA SPONDYLOARTHRITE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * Durée d’évolution au moment du diagnostic de vascularite à IgA |\_|\_| année | | | | | |
| **Critères ASAS** | | | | | |
| * rachialgie ≥ 3 mois | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * âge du diagnostic est < 45 ans | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * HLA-B27 positif | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Sacro-iliite radiographique | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Sacro-iliite à l’IRM | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Rachialgies inflammatoires | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Arthrite | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Enthésite | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Dactylite | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Uvéite antérieure aiguë | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Maladie de Crohn | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Rectocolite hémorragique | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Psoriasis | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Bonne réponse aux AINS | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Antécédent familial de spondyloarthrite | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * CRP>5mg/L au diagnostic | Oui | | Non | Ne sait pas | |

**Critères CASPAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Psoriasis actuel | Oui | Non | Ne sait pas |
| * Antécédent de psoriasis | Oui | Non | Ne sait pas |
| * Antécédent familial de psoriasis | Oui | Non | Ne sait pas |
| * Psoriasis unguéal | Oui | Non | Ne sait pas |
| * Absence de facteur rhumatoïde | Oui | Non | Ne sait pas |
| * Dactylite | Oui | Non | Ne sait pas |
| * Reconsctruction osseuse juxta-articulaire sur radiographies des mains et des pieds | Oui | Non | Ne sait pas |

**Activité de la spondyloarthrite lors du diagnostic de vascularite à IgA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Poussée | Oui | Non | Ne sait pas |
| * BASDAI | |\_|\_|\_|/100 | | |
| * ASDAS CRP | |\_|, |\_|\_| | | |
| * Nombre d’articulations douloureuses |  | |\_|\_|\_|/28 | |\_|\_|\_|/68 |
| * Nombre d’articulations gonflées |  | |\_|\_|\_|/28 | |\_|\_|\_|/66 |

**Traitements de la spondyloarthrite avant la vascularite**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | Durée | Arrêt |
| * Corticothérapie | Oui | | Non | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * AINS | Oui | | Non | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Méthotrexate | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Sulfasalazine | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Léflunomide | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Infliximab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Etanercept | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Adalimumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Golimumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Certolizumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Sécukinumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Ixékizumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Bimékizumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Ustékinumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Gulsekumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Risankizumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Tildrakizumab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Tofacitinib | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Upadacitinib | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| Autres antécédents/ oui  non  ……………………………………………….……..  ……………………………………………….……..  ……………………………….…….………….…...  ……………………………………..………….…...  ……………………………………..………….……  ……………………………………..………….…… | ……………………………………..……  ……………………………………..……  ……………………………………..……  ……………………………………..……  ……………………………………..……  ……………………………………..…… |

**Traitements concomittants**

|  |  |
| --- | --- |
| Le sujet prend-il d’autres traitements? | Oui Non |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….……..  ……………………………………………….……..  ……………………………….…….………….…...  ……………………………………..………….…...  ……………………………………..………….……  ……………………………………..………….…… | ……………………………………..……  ……………………………………..……  ……………………………………..……  ……………………………………..……  ……………………………………..……  ……………………………………..…… |

**Diagnostic de la vascularite à IgA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| * Purpura cutané | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Arthralgies | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Si oui, nombre d’articulations douloureuses | |\_|\_|\_|/28 | |\_|\_|\_|/68 | |  | |
| * Localisation |  |  | |  | |
| * Arthrites | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Si oui, nombre d’articulations gonflées | |\_|\_|\_|/28 | |\_|\_|\_|/68 | |  | |
| * Localisation |  |  | |  | |
| * Douleurs abdominales | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Nausées/vomissements | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Hémorragie digestive | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Ischémie mésentérique | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Atteinte rénale | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Pression artérielle au diagnostic | |\_|\_|\_| mmHg/ |\_|\_|\_| mmgHg | | | | |
| * CRP au diagnostic | |\_|\_|\_| mg/L | | |  | |
| * Autres manifations | Oui | | Non | | Ne sait pas |
| * Si oui, lesquelles ? |  | | | | |  | | Ne sait pas | |
| **Si atteinte rénale** |  |  | |  | |
| * Protéinurie ou albuminurie | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Si protéinurie ou albuminurie au diagnostic | |\_|\_|\_|\_| mg/24h  Ou |\_|\_|\_|\_| mg/g créatininurie  Ou |\_|\_|\_|\_| mg/L | | | | |
| * Hématurie | Oui | Non | | Ne sait pas | |
| * Créatininémie au diagnostic | |\_|\_|\_| µmol/L | | | | |
| * Créatininémie la plus élevée | |\_|\_|\_| µmol/L | | | | |
| * Recours à la dialyse | Oui | Non | | Ne sait pas | |  | Ne sait pas | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Histologie** | | | | | |
| * Biopsie cutanée | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Ponction-Biopsie rénale | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Autre site de biopsie |  | | | |  |
| * Vascularite leucocytoclasique | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Glomérulonéphrite proliférative\* | Oui | Non | | | Ne sait pas |
| * Dépôts d’IgA en immunofluorescence | Oui | | Non | Ne sait pas | |

\*Prolifération endo-capillaire ou présence de croissants / prolifération extra-capillaire sur le compte-rendu de la biopsie

**Traitement de la vascularite à IgA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | Durée | Arrêt |
| * Corticothérapie | Oui | | Non | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Colchicine | Oui | | Non | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Dapsone | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Immunuglobulines polyvalentes | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Rituximab | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Cyclophosphasmide | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Azathioprine | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |
| * Inhibiteur de l’enzyme de conversion | Oui | Non | | |\_|\_| mois ou |\_|\_| ans | Oui  Non |

**Evolution de la vascularite à IgA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Rémission | Oui | Non | |
| * Stabilité | Oui | Non | |
| * Aggravation | Oui | Non | |
| * Protéinurie ou Albuminurie (dernière évaluation) | |\_|\_|\_|\_| mg/24h  Ou |\_|\_|\_|\_| mg/g créatininurie  Ou |\_|\_|\_|\_| mg/L | | |
| * Créatininémie (dernière évaluation) | |\_|\_|\_| µmol/L | |

**Evolution de la spondyloarthrite**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Changement de traitement | Oui | Non |
| * Si oui, lequel ? |  |  |