**Appel à observations : EFFICACITE DES TRAITEMENTS**

**DANS LES SÉRITES DU LUPUS SYSTEMIQUE (SERILUP)**

* Nom du médecin adresseur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota bene :**

* **Critères diagnostiques de la péricardite :**
* Douleur thoracique péricardique et/ou frottement péricardique et/ou signes ECG
* Et/ou Épanchement péricardique à l’échographie ou au scanner
* **Critères diagnostiques de la pleurésie :**
* Épanchement pleural à la radiographie ou au scanner

**INFORMATIONS GENERALES**

**Caractéristiques du patient :**

* Deux premières lettres du nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Première lettre du prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Date de naissance (mm/yyyy) : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sexe (rayer mention inutile) : □ Homme □ Femme
* Ethnie : □ Européenne □ Africaine □ Asiatique  □ Autre :
* Date du diagnostic de lupus systémique (mm/yyyy) : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tabagisme : □ Oui, actif □ Oui, sevré (depuis (année) : \_\_\_\_) □ Non

**Examen clinique :**

* Poids (kg) :
* Taille (cm) :

**CRITERES DIAGNOSTIQUES ACR/EULAR 2019 (histoire globale du patient)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fièvre | □ OUI □ NON | 2 points |
| Leucopénie | □ OUI □ NON | 3 points |
| Thrombopénie | □ OUI □ NON | 4 points |
| Anémie hémolytique auto-immune | □ OUI □ NON | 4 points |
| Délire | □ OUI □ NON | 2 points |
| Psychose | □ OUI □ NON | 3 points |
| Convulsion | □ OUI □ NON | 5 points |
| Alopécie non cicatricielle | □ OUI □ NON | 2 points |
| Ulcères muqueux | □ OUI □ NON | 2 points |
| Lupus cutané subaigu ou discoïde | □ OUI □ NON | 4 points |
| Lupus cutané aigu | □ OUI □ NON | 6 points |
| Épanchement pleural ou péricardique | □ OUI □ NON | 5 points |
| Péricardite aiguë | □ OUI □ NON | 6 points |
| Atteinte articulaire | □ OUI □ NON | 6 points |
| Protéinurie > 0,5 g/24 h | □ OUI □ NON | 4 points |
| Néphrite lupique classe II ou V | □ OUI □ NON | 8 points |
| Néphrite lupique classe III ou IV | □ OUI □ NON | 10 points |
| Anticorps antiphospholipides positifs | □ OUI □ NON | 2 points |
| Diminution C3 OU C4 | □ OUI □ NON | 3 points |
| Diminution C3 ET C4 | □ OUI □ NON | 4 points |
| Anticorps anti-ADN natif OU anti-Sm | □ OUI □ NON | 6 points |

Un total supérieur ou égal à 10 confirme l’existence d’un lupus systémique avec une sensibilité de 96 % et une spécificité de 93 %.

**HISTORIQUE THERAPEUTIQUE**

**Colchicine :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Dose quotidienne (mg/jour) :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**ASPIRINE :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Dose quotidienne (mg/jour) :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**Hydroxychloroquine :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Dose quotidienne (mg/jour) :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**Méthotrexate :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Dose hebdomadaire (mg/semaine) :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**Rituximab :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Dose :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**Bélimumab :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Dose hebdomadaire (mg/semaine) :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**Anifrolumab :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Dose mensuelle (mg/mois) :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**Mycophénolate mofétil :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Dose quotidienne (g/jour) :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**Cyclophosphamide :** □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Protocole :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**Autre :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ OUI □ NON

Nom (DCI, en clair)

Début (mm/yyyy) :

Fin (mm/yyyy) :

Protocole :

Si arrêté, raison (guérison, effet indésirable, échec primaire ou secondaire) :

**PREMIÈRE SÉRITE**

**Date de la première sérite (critère principal ; mm/yyyy) : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

□ Pleurésie □ Péricardite □ Les 2

**Manifestations cliniques :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Douleur thoracique typique de péricardite | □ OUI | □ NON |
| Dyspnée (NYHA) : Grade □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ OUI | □ NON |
| Toux | □ OUI | □ NON |
| Frottement péricardique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Frottement pleural (si pleurésie) | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| ECG pathologique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Présence d’un épanchement (échographie, radiographie ou scanner) | □ Péricardique  □ Pleural | □ NON |

□ Faible abondance □ Moyenne abondance □ Grande abondance

**Manifestations biologiques :**

* CRP (mg/L) :

**Immunologie (anticorps et leurs titres) au moment du diagnostic de la sérite :**

- Anticorps anti-ADN natif

Taux : \_\_\_\_\_ U/mL

- Autres autoanticorps :

□ Sm □ RNP □ Nucléosome

□ Ku □ SSA □ SSB

Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Dosage des gammaglobulines (g/L) :

- Signature interféron de type I : □ Positive (valeur : \_\_\_\_\_) □ Négative □ Non réalisée

**Manifestations cliniques au moment du diagnostic de la sérite :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Convulsion | □ OUI | □ NON |
| Psychose | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cérébrale | □ OUI | □ NON |
| Troubles visuels (nodule, hémorragie, exsudat ou névrite optique) | □ OUI | □ NON |
| Nerfs crâniens | □ OUI | □ NON |
| Céphalées | □ OUI | □ NON |
| Accident vasculaire cérébral | □ OUI | □ NON |
| Vascularite | □ OUI | □ NON |
| Arthrite > 2 articulations | □ OUI | □ NON |
| Myosite | □ OUI | □ NON |
| Cylindres urinaires | □ OUI | □ NON |
| Hématurie > 5 GR/champ | □ OUI | □ NON |
| Protéinurie > 0,5 g/24 h | □ OUI | □ NON |
| Pyurie > 5 GB/champ | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cutanée | □ OUI | □ NON |
| Alopécie | □ OUI | □ NON |
| Ulcères muqueux | □ OUI | □ NON |
| Pleurésie | □ OUI | □ NON |
| Péricardite | □ OUI | □ NON |
| Consommation du complément | □ OUI | □ NON |
| Anticorps anti-ADN natif | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| Thrombopénie < 100 G/L | □ OUI | □ NON |
| Leucopénie < 3 G/L | □ OUI | □ NON |

**Traitement mis en place :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corticothérapie générale | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Colchicine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Aspirine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Hydroxychloroquine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Méthotrexate | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/sem | □ NON |
| Mycophénolate mofétil | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Azathioprine | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Rituximab | □ OUI ; Dose \_\_\_g/6 mois | □ NON |
| Bélimumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/sem | □ NON |
| Anifrolumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/mois | □ NON |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dose : \_\_\_\_\_\_ |  |

**EVOLUTION APRES TRAITEMENT**

**Réponse initiale au traitement :** □ OUI □ NON

Date de réévaluation (mm/yyyy) : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Traitement au moment de la réévaluation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corticothérapie générale | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Colchicine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Aspirine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Hydroxychloroquine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Méthotrexate | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/sem | □ NON |
| Mycophénolate mofétil | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Azathioprine | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Rituximab | □ OUI ; Dose \_\_\_g/6 mois | □ NON |
| Bélimumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/sem | □ NON |
| Anifrolumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/mois | □ NON |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dose : \_\_\_\_\_\_ |  |

**Doute sur l’observance :** □ OUI □ NON

Si oui de quel(s) traitement(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Manifestations cliniques :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Douleur thoracique typique de péricardite | □ OUI | □ NON |
| Dyspnée (NYHA) : Grade □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ OUI | □ NON |
| Toux | □ OUI | □ NON |
| Frottement péricardique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Frottement pleural (si pleurésie) | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| ECG pathologique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Présence d’un épanchement (échographie, radiographie ou scanner) | □ Péricardique  □ Pleural | □ NON |

□ Faible abondance □ Moyenne abondance □ Grande abondance

**Manifestations biologiques :**

* CRP (mg/L) :

**Immunologie (anticorps et leurs titres) après traitement :**

- Anticorps anti-ADN natif

Taux : \_\_\_\_\_ U/mL

- Dosage des gammaglobulines (g/L) :

**Manifestations cliniques après traitement :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Convulsion | □ OUI | □ NON |
| Psychose | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cérébrale | □ OUI | □ NON |
| Troubles visuels (nodule, hémorragie, exsudat ou névrite optique) | □ OUI | □ NON |
| Nerfs crâniens | □ OUI | □ NON |
| Céphalées | □ OUI | □ NON |
| Accident vasculaire cérébral | □ OUI | □ NON |
| Vascularite | □ OUI | □ NON |
| Arthrite > 2 articulations | □ OUI | □ NON |
| Myosite | □ OUI | □ NON |
| Cylindres urinaires | □ OUI | □ NON |
| Hématurie > 5 GR/champ | □ OUI | □ NON |
| Protéinurie > 0,5 g/24 h | □ OUI | □ NON |
| Pyurie > 5 GB/champ | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cutanée | □ OUI | □ NON |
| Alopécie | □ OUI | □ NON |
| Ulcères muqueux | □ OUI | □ NON |
| Pleurésie | □ OUI | □ NON |
| Péricardite | □ OUI | □ NON |
| Consommation du complément | □ OUI | □ NON |
| Anticorps anti-ADN natif | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| Thrombopénie < 100 G/L | □ OUI | □ NON |
| Leucopénie < 3 G/L | □ OUI | □ NON |

**RECHUTE de sérite n°1**

**Date de la première récidive (critère principal ; mm/yyyy) : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

□ Pleurésie □ Péricardite □ Les 2

**Traitement au moment de la récidive :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corticothérapie générale | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Colchicine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Aspirine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Hydroxychloroquine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Méthotrexate | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/sem | □ NON |
| Mycophénolate mofétil | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Azathioprine | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Rituximab | □ OUI ; Dose \_\_\_g/6 mois | □ NON |
| Bélimumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/sem | □ NON |
| Anifrolumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/mois | □ NON |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dose : \_\_\_\_\_\_ |  |

**Doute sur l’observance :** □ OUI □ NON

Si oui de quel(s) traitement(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Manifestations cliniques au moment de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Douleur thoracique typique de péricardite | □ OUI | □ NON |
| Dyspnée (NYHA) : Grade □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ OUI | □ NON |
| Toux | □ OUI | □ NON |
| Frottement péricardique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Frottement pleural (si pleurésie) | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| ECG pathologique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Présence d’un épanchement (échographie, radiographie ou scanner) | □ Péricardique  □ Pleural | □ NON |

□ Faible abondance □ Moyenne abondance □ Grande abondance

**Manifestations biologiques :**

* CRP (mg/L) :

**Immunologie (anticorps et leurs titres) lors de la rechute :**

- Anticorps anti-ADN natif

Taux : \_\_\_\_\_ U/mL

- Dosage des gammaglobulines (g/L) :

**Manifestations cliniques lors de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Convulsion | □ OUI | □ NON |
| Psychose | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cérébrale | □ OUI | □ NON |
| Troubles visuels (nodule, hémorragie, exsudat ou névrite optique) | □ OUI | □ NON |
| Nerfs crâniens | □ OUI | □ NON |
| Céphalées | □ OUI | □ NON |
| Accident vasculaire cérébral | □ OUI | □ NON |
| Vascularite | □ OUI | □ NON |
| Arthrite > 2 articulations | □ OUI | □ NON |
| Myosite | □ OUI | □ NON |
| Cylindres urinaires | □ OUI | □ NON |
| Hématurie > 5 GR/champ | □ OUI | □ NON |
| Protéinurie > 0,5 g/24 h | □ OUI | □ NON |
| Pyurie > 5 GB/champ | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cutanée | □ OUI | □ NON |
| Alopécie | □ OUI | □ NON |
| Ulcères muqueux | □ OUI | □ NON |
| Pleurésie | □ OUI | □ NON |
| Péricardite | □ OUI | □ NON |
| Consommation du complément | □ OUI | □ NON |
| Anticorps anti-ADN natif | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| Thrombopénie < 100 G/L | □ OUI | □ NON |
| Leucopénie < 3 G/L | □ OUI | □ NON |

**Traitement instauré à la suite de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corticothérapie générale | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Colchicine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Aspirine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Hydroxychloroquine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Méthotrexate | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/sem | □ NON |
| Mycophénolate mofétil | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Azathioprine | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Rituximab | □ OUI ; Dose \_\_\_g/6 mois | □ NON |
| Bélimumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/sem | □ NON |
| Anifrolumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/mois | □ NON |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dose : \_\_\_\_\_\_ |  |

**RECHUTE de sérite n°2**

**Date de la deuxième récidive (critère principal ; mm/yyyy) : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

□ Pleurésie □ Péricardite □ Les 2

**Traitement au moment de la récidive :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corticothérapie générale | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Colchicine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Aspirine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Hydroxychloroquine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Méthotrexate | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/sem | □ NON |
| Mycophénolate mofétil | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Azathioprine | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Rituximab | □ OUI ; Dose \_\_\_g/6 mois | □ NON |
| Bélimumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/sem | □ NON |
| Anifrolumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/mois | □ NON |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dose : \_\_\_\_\_\_ |  |

**Doute sur l’observance** □ OUI ; □ NON

Si oui de quel(s) traitement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Manifestations cliniques au moment de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Douleur thoracique typique de péricardite | □ OUI | □ NON |
| Dyspnée (NYHA) : Grade □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ OUI | □ NON |
| Toux | □ OUI | □ NON |
| Frottement péricardique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Frottement pleural (si pleurésie) | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| ECG pathologique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Présence d’un épanchement (échographie, radiographie ou scanner) | □ Péricardique  □ Pleural | □ NON |

□ Faible abondance □ Moyenne abondance □ Grande abondance

**Manifestations biologiques :**

* CRP (mg/L) :

**Immunologie (anticorps et leurs titres) lors de la rechute :**

- Anticorps anti-ADN natif

Taux : \_\_\_\_\_ U/mL

- Dosage des gammaglobulines (g/L) :

**Manifestations cliniques lors de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Convulsion | □ OUI | □ NON |
| Psychose | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cérébrale | □ OUI | □ NON |
| Troubles visuels (nodule, hémorragie, exsudat ou névrite optique) | □ OUI | □ NON |
| Nerfs crâniens | □ OUI | □ NON |
| Céphalées | □ OUI | □ NON |
| Accident vasculaire cérébral | □ OUI | □ NON |
| Vascularite | □ OUI | □ NON |
| Arthrite > 2 articulations | □ OUI | □ NON |
| Myosite | □ OUI | □ NON |
| Cylindres urinaires | □ OUI | □ NON |
| Hématurie > 5 GR/champ | □ OUI | □ NON |
| Protéinurie > 0,5 g/24 h | □ OUI | □ NON |
| Pyurie > 5 GB/champ | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cutanée | □ OUI | □ NON |
| Alopécie | □ OUI | □ NON |
| Ulcères muqueux | □ OUI | □ NON |
| Pleurésie | □ OUI | □ NON |
| Péricardite | □ OUI | □ NON |
| Consommation du complément | □ OUI | □ NON |
| Anticorps anti-ADN natif | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| Thrombopénie < 100 G/L | □ OUI | □ NON |
| Leucopénie < 3 G/L | □ OUI | □ NON |

**Traitement instauré à la suite de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corticothérapie générale | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Colchicine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Aspirine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Hydroxychloroquine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Méthotrexate | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/sem | □ NON |
| Mycophénolate mofétil | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Azathioprine | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Rituximab | □ OUI ; Dose \_\_\_g/6 mois | □ NON |
| Bélimumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/sem | □ NON |
| Anifrolumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/mois | □ NON |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dose : \_\_\_\_\_\_ |  |

**RECHUTE de sérite n°3**

**Date de la troisième récidive (critère principal ; mm/yyyy) : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

□ Pleurésie □ Péricardite □ Les 2

**Traitement au moment de la récidive :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corticothérapie générale | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Colchicine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Aspirine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Hydroxychloroquine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Méthotrexate | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/sem | □ NON |
| Mycophénolate mofétil | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Azathioprine | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Rituximab | □ OUI ; Dose \_\_\_g/6 mois | □ NON |
| Bélimumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/sem | □ NON |
| Anifrolumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/mois | □ NON |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dose : \_\_\_\_\_\_ |  |

**Doute sur l’observance** □ OUI ; □ NON

Si oui de quel(s) traitement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Manifestations cliniques au moment de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Douleur thoracique typique de péricardite | □ OUI | □ NON |
| Dyspnée (NYHA) : Grade □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 | □ OUI | □ NON |
| Toux | □ OUI | □ NON |
| Frottement péricardique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Frottement pleural (si pleurésie) | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| ECG pathologique (si péricardite) | □ OUI | □ NON |
| Présence d’un épanchement (échographie, radiographie ou scanner) | □ Péricardique  □ Pleural | □ NON |

□ Faible abondance □ Moyenne abondance □ Grande abondance

**Manifestations biologiques :**

* CRP (mg/L) :

**Immunologie (anticorps et leurs titres) lors de la rechute :**

- Anticorps anti-ADN natif

Taux : \_\_\_\_\_ U/mL

- Dosage des gammaglobulines (g/L) :

**Manifestations cliniques lors de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Convulsion | □ OUI | □ NON |
| Psychose | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cérébrale | □ OUI | □ NON |
| Troubles visuels (nodule, hémorragie, exsudat ou névrite optique) | □ OUI | □ NON |
| Nerfs crâniens | □ OUI | □ NON |
| Céphalées | □ OUI | □ NON |
| Accident vasculaire cérébral | □ OUI | □ NON |
| Vascularite | □ OUI | □ NON |
| Arthrite > 2 articulations | □ OUI | □ NON |
| Myosite | □ OUI | □ NON |
| Cylindres urinaires | □ OUI | □ NON |
| Hématurie > 5 GR/champ | □ OUI | □ NON |
| Protéinurie > 0,5 g/24 h | □ OUI | □ NON |
| Pyurie > 5 GB/champ | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cutanée | □ OUI | □ NON |
| Alopécie | □ OUI | □ NON |
| Ulcères muqueux | □ OUI | □ NON |
| Pleurésie | □ OUI | □ NON |
| Péricardite | □ OUI | □ NON |
| Consommation du complément | □ OUI | □ NON |
| Anticorps anti-ADN natif | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| Thrombopénie < 100 G/L | □ OUI | □ NON |
| Leucopénie < 3 G/L | □ OUI | □ NON |

**Traitement instauré à la suite de la rechute :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corticothérapie générale | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Colchicine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Aspirine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Hydroxychloroquine | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/j | □ NON |
| Méthotrexate | □ OUI ; Dose \_\_\_mg/sem | □ NON |
| Mycophénolate mofétil | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Azathioprine | □ OUI ; Dose \_\_\_g/j | □ NON |
| Rituximab | □ OUI ; Dose \_\_\_g/6 mois | □ NON |
| Bélimumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/sem | □ NON |
| Anifrolumab | □ OUI ; Dose \_\_\_\_\_ mg/mois | □ NON |
| Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dose : \_\_\_\_\_\_ |  |

**COMPLICATIONS DES TRAITEMENTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aucun** | □ OUI | □ NON |
| **Signes généraux** | □ OUI | □ NON |
| Si oui préciser : | | |
| **Signes pulmonaires** | □ OUI | □ NON |
| Toux | □ OUI | □ NON |
| Douleur thoracique | □ OUI | □ NON |
| **Infections** | | |
| Infections bronchopulmonaires | □ OUI | □ NON |
| Infections des parties molles | □ OUI | □ NON |
| Réactivation de tuberculose | □ OUI | □ NON |
| Réactivation VHB | □ OUI | □ NON |
| Réactivation VHC | □ OUI | □ NON |
| Zona | □ OUI | □ NON |
| Si autre préciser : | | |
| **Néoplasie** | □ OUI | □ NON |
| Si oui préciser : | | |
| **Troubles du transit** | □ OUI | □ NON |
| Si oui préciser : | | |
| **Cytolyse hépatique** | □ OUI | □ NON |
| Si oui préciser : | | |
| **Réactions cutanées** | □ OUI | □ NON |
| Si oui préciser : | | |
| **Syndrome de relargage cytokinique** | □ OUI | □ NON |
| **Autre préciser :** | | |