**Étude rétrospective SPAVASC :** Association **Sp**ondyl**A**rthrite et **Vasc**ularites (Behçet, TAKAYASU).

# DEMOGRAPHIE

Nom (3 lettres) : ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦ Prénom (2 lettres) : ⎣\_⎦⎣\_⎦

DDN (jj/mm/aa) : │ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │ Sexe : ⎣\_⎦

Nom et email du médecin : …………………………………………………….

Centre hospitalier : …………………………………

# CARACTERISTIQUES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

## 1/ Date du diagnostic de la SPA (MM/AAAA) : ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦

**2/ Critères diagnostiques de la SPA:**

Lombalgie ≥ à 3 mois Oui ☐ Non ☐

Age au début des symptômes < 45 ans Oui ☐ Non ☐

Horaire inflammatoire Oui ☐ Non ☐

Sacro-iliite radiographique selon les critères NY modifiés Oui ☐ Non ☐

Sacro-iliite magnétique (IRM) Oui ☐ Non ☐

HLA-B27 Oui ☐ Non ☐

## Arthrite Oui ☐ Non ☐

## Enthésite inflammatoire Oui ☐ Non ☐

## Psoriasis Oui ☐ Non ☐

## ATCD familiaux de SA Oui ☐ Non ☐

## Maladie de Crohn Oui ☐ Non ☐

## Réponse aux AINS Oui ☐ Non ☐

Enthésite (talon) Oui ☐ Non ☐

Dactylite Oui ☐ Non ☐

Uvéite Oui ☐ Non ☐

MICI Oui ☐ Non ☐

CRP au diagnostic mg/l

**3. Date du diagnostic de la vascularite (MM/AAAA) : ⎣\_⎦⎣\_⎦ / ⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦⎣\_⎦**

**4. Critères diagnostiques vascularites :**

**A. Critères de classification de la maladie de Behçet ICBD 2013:**

Diagnostic établi si ≥ 4 points positifs.

Atteinte oculaire 2 **☐**

Aphtose génitale 2 **☐**

Aphtose buccale 2 **☐**

Lésion cutanée typique 1 **☐**

Manifestation neurologique 1 **☐**

Manifestation vasculaire 1 **☐**

Pathergy test positif 1 **☐**

**B. Critères TAKAYASU :**

## - Critères de classification pour l’artérite de Takayasu ACR/EULAR 2022 :

### **Les critères ne peuvent être appliqués que si:**

### Un diagnostic de vascularite des vaisseaux de moyen ou gros calibre a été retenu

### Les diagnostics différentiels des vascularites ont été éliminés

### L’âge au moment du diagnostic est ≤ 60 ans

### Il existe des images de vascularite en imagerie (scanner / IRM / échographie / TEP-scanner)

Un score ≥ 5 permet de classer les patients comme atteints d'artérite de Takayasu.

**Critères cliniques :**

Sexe féminin 1 point **☐**

Douleur thoracique d'angor ou ischémique 2 points **☐**

Claudication d'un membre 2 points **☐**

Souffle artériel à l'auscultation 2 points **☐**

Abolition ou réduction d'un pouls artériel (axillaire, brachial ou radial) 2 points **☐**

Abolition ou réduction d'un pouls carotidien ou carotidodynie 2 points **☐**

Asymétrie tensionnelle ≥ 20 mmHg aux membres supérieurs 1 point **☐**

**Critères d'imagerie :**

Un seul territoire artériel touché 1 point **☐**

Deux territoires artériels touchés 2 points **☐**

Trois ou plus territoires artériels touchés 3 points **☐**

Atteinte symétrique de 2 artères (sténose, occlusion ou anévrysme) 1 point **☐**

Atteinte de l'aorte abdominale avec atteinte rénale ou mésentérique (sténose, occlusion ou anévrysme) 3 points **☐**

# Caractéristiques de la vascularite au moment du diagnostic

1. **Maladie de Behçet (cocher les cases svp):**

**A. Manifestations cliniques au moment du diagnostic :**

* Cutanéomuqueuse : aphtose buccale ☐ aphtose génitale ☐

pseudo-folliculite ☐ Folliculite ☐. Érythème noueux **☐**

* Articulaire : arthralgies ☐ arthrite ☐ préciser l’articulation ………(si possible indice articulaire et synovial)
* Oculaires : uvéite antérieure ☐ Uvéite intermédiaire ☐ postérieure ☐ panuvéite ☐ vascularite ☐ œdème maculaire ☐
* Vasculaires

Thromboses veineuses superficielles oui ☐., non ☐ , si oui laquelle …………

Thromboses veineuses profondes oui ☐., non ☐ , si oui laquelle …………

Atteinte artérielle : oui ☐., non ☐ , si oui laquelle..………..

* Neurologiques : méningites ☐ méningoencéphalites ☐ thrombophlébite cérébrale

Myélite☐ Autres ☐, précisez svp :……………….

* Digestives : douleurs abdominales ☐. Rectorragies ☐. ……, autres ☐

**B. Imagerie (Soit écrire ou envoyer le CR de l’imagerie SVP):**

* Échodoppler artérielle : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Angio-TDM thoracique : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* IRM cérébrale : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Angio-TDM cérébrale : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Entéro-IRM : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Coloscopie : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Tep TDM : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….

## Artérite de TAKAYASU au moment du diagnostic :

**A. Manifestations cliniques au moment du diagnostic:**

* Douleur thoracique d'angor ou ischémique oui ☐ non ☐
* Claudication d'un membre oui ☐ non ☐
* Souffle artériel à l'auscultation oui ☐ non ☐
* Abolition ou réduction d'un pouls artériel (axillaire, brachial ou radial) oui ☐ non ☐
* Abolition ou réduction d'un pouls carotidien ou carotidodynie oui ☐ non ☐
* Asymétrie tensionnelle ≥ 20 mmHg aux membres supérieurs oui ☐ non ☐

**B. Imagerie ((Soit écrire ou envoyer le CR de l’imagerie SVP):**

* Coronarite ostiale (sténose coronaire proximale) oui ☐ non ☐
* Épaississement pariétal des troncs supra aortiques oui ☐ non ☐
* Aortite oui ☐ non ☐

Localisation aortite :

* aorte thoracique oui ☐ non ☐
* aorte abdominale oui ☐ non ☐
* artères Sous clavières oui ☐ non ☐
* artères carotides oui ☐ non ☐
* artères vertébrales oui ☐ non ☐
* artères rénales oui ☐ non ☐
* artères mésentériques oui ☐ non ☐
* artères iliaques oui ☐ non ☐
* Échodoppler artérielle : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Angio-TDM ou IRM aortique: oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Angio TDM ou IRM cérébrale : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Angio TDM ou IRM TSA : oui ☐ non ☐, si oui résultats ……….
* Tep TDM : oui ☐ non ☐, si oui résultats …………..

# TRAITEMENT au moment du diagnostic de SA

**a. Traitements conventionnels :**

-AINS : oui☐ non☐ , si oui le ou lesquels ?

…………………………………………….. dose ........ mg/jour du ………. / …… ….. au ……………./………..

…………………………………………….. dose ........ mg/jour du ………. / …… ….. au ……………./………..

…………………………………………….. dose ........ mg/jour du ………. / …… ….. au ……………./………..

…………………………………………….. dose ........ mg/jour du ………. / …… ….. au ……………./………..

* Corticoïdes oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

Du ………. / …… ….. au ……………. /………..

* METHOTREXATE oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

Du ………. / …… ….. au ……………. /………..

* SALAZOPYRINE oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

Du ………. / …… ….. au ……………. /………..

* LEFLONIMIDE oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

Du ………. / …… ….. au ……………. /………………………….

**b. Thérapies ciblées :**

- Infliximab Et biosimilaires : oui ☐ non ☐,

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-ETANARCPET et biosimilaires : oui ☐ non ☐,

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Golimumab : oui ☐ non ☐,

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Certozilumab oui ☐ non ☐

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Ustekinumab oui ☐ non ☐

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-JAK inhibiteur oui ☐ non ☐, si Oui Lequel ……………….

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Anti-IL 17 oui ☐ non ☐, si Oui Lequel ……………….

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

# Évolution clinique de la SA

**1.Première thérapie ciblée : laquelle ? ……………………. Dose ……………………**

**a. Activité de la maladie avant la mise sous traitement :**

* BASDAI : │\_ \_ │
* ASDAS CRP : │\_ \_ │
* - % d’amélioration …………….
* - Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

**b. Activité de la maladie après la mise sous thérapie ciblée:**

* Mois 3 (M 3)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Mois 6(M6)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

-Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Mois 12 (M12)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Dernière nouvelle : Mois ……. (M…..)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

**2. Deuxième thérapie ciblée : laquelle ? ……………………. Dose**

**a. Activité de la maladie avant la mise sous traitement :**

* BASDAI : │\_ \_ │
* ASDAS CRP : │\_ \_ │
* - % d’amélioration …………….
* - Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

**b. Activité de la maladie après la mise sous sous thérapie ciblée:**

* Mois 3 (M 3)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Mois 6(M6)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

-Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Mois 12 (M12)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Dernière nouvelle : Mois ……. (M…..)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

**2.Troisième thérapie ciblée : laquelle ? ……………………. Dose**

**a. Activité de la maladie avant la mise sous traitement :**

* BASDAI : │\_ \_ │
* ASDAS CRP : │\_ \_ │
* - % d’amélioration …………….
* - Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

**b. Activité de la maladie après la mise sous sous thérapie ciblée:**

* Mois 3 (M 3)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Mois 6(M6)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

-Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Mois 12 (M12)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Dernière nouvelle : Mois ……. (M…..)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

4**……………………..thérapie ciblée : laquelle ? ……………………. Dose**

**a. Activité de la maladie avant la mise sous traitement :**

* BASDAI : │\_ \_ │
* ASDAS CRP : │\_ \_ │
* - % d’amélioration …………….
* - Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

**b. Activité de la maladie après la mise sous thérapie ciblée:**

* Mois 3 (M 3)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Mois 6(M6)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

-Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Mois 12 (M12)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

* Dernière nouvelle : Mois ……. (M…..)

- BASDAI : │\_ \_ │

- ASDAS CRP : │\_ \_ │

- % d’amélioration …………….

- Maintien thérapeutique Oui ☐ Non ☐

# TRAITEMENT de la Vascularite au moment du diagnostic

* 1. **Traitements conventionnels :**

-AINS : oui☐ non☐ , si oui le ou lesquels ?

…………………………………………….. dose ........ mg/jour du ………. / …… ….. au ……………./………..

…………………………………………….. dose ........ mg/jour du ………. / …… ….. au ……………./………..

…………………………………………….. dose ........ mg/jour du ………. / …… ….. au ……………./………..

…………………………………………….. dose ........ mg/jour du ………. / …… ….. au ……………./………..

* Corticoïdes oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

Du ………. / …… ….. au ……………. /………..

* METHOTREXATE oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

Du ………. / …… ….. au ……………. /………..

* SALAZOPYRINE oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

Du ………. / …… ….. au ……………. /………..

* LEFLONIMIDE oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

Du ………. / …… ….. au ……………. /………………………….

* Colchicine oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour
* Apremilast oui ☐ non ☐, si oui, dose ……………………… mg/jour

**b. Thérapies ciblées :**

- Infliximab Et biosimilaires : oui ☐ non ☐,

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-ETANARCPET et biosimilaires : oui ☐ non ☐,

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Golimumab : oui ☐ non ☐,

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Certozilumab oui ☐ non ☐

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Ustekinumab oui ☐ non ☐

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-JAK inhibiteur oui ☐ non ☐, si Oui Lequel ……………….

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Anti-IL 17 oui ☐ non ☐, si Oui Lequel ……………….

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

- Anti-IL6 oui ☐ non ☐, si Oui Lequel ……………….

Du ………. / …… ….. au ……………. /……….. dose …… mg/kg …………. / …. Semaine

-Autres (précisez svp) : …………………………………………………..

……………………………………………………………

# Évolution clinique de la VASCULARITE

**a. Vascularite secondaire à une thérapie ciblée ?**

Oui ☐ Non ☐

Si oui, la quelle ?

-Date du diagnostic : ………………………………………………………………………………….

-Evolution ……………………………………………………………………………………………………………

-Date de la dernière nouvelle………………………………………………………………….

**b. Complications de la vascularite :**

Oui ☐ Non ☐

Si oui, la quelle ? ………………………………………………………………………………………………

-Date de la complication : ………………………………………………………………………………….

-Evolution ……………………………………………………………………………………………………………

-Date de la dernière nouvelle………………………………………………………………….

-arrêt du traitement :

Oui ☐ Non ☐

Si oui, le motif ?........................................................................

Date de l’arrêt ……………………………………………….

- Précisez les lignes consécutives des thérapies ciblées et les dates d’arrêt :

………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………..

-Evolution de la maladie :

Guérison Oui ☐ Non ☐

Maladie active Oui ☐ Non ☐

# Complications des traitements

* **Infections graves :** Oui ☐ Non ☐

-Si oui :

Les dates : ……………

Laquelle ou lesquelles ? ………………..

Traitement …………………..

* **NEOPLASIE** : Oui ☐ Non ☐

-Si oui :

Les dates : ……………

Laquelle ou lesquelles ? ………………..

Traitement …………………..

**………**

* **Anomalies biologiques** Oui ☐ Non ☐
* -Si oui :
* Les dates : ……………
* Laquelle ou lesquelles ? ………………..
* Traitement …………………..
* **Allergie :** Oui ☐ Non ☐ **type et date**
* **Autres complications ? ` :** Oui ☐ Non ☐

Laquelle ou lesquelles ? ………………..

* **Si oui date ……………………….. …………………………………………………**

**Date de fin suivie : …………………………………………**

**Décès** Oui ☐ Non ☐

**Si décès, cause : …………………………………………….**

**Si décès préciser la date :…………………………………**