

CRF

SAGE PPR

Étude de l'association entre spondylarthrite/ sacro-iliite et artérite à cellules géantes/PPR
Une étude rétrospective observationnelle: cas/témoin

Initiale du sujet	— 1ere lettre du prénom	— 1ere lettre du nom
Numéro	— — Numéro du centre	— — Numéro du sujet
Date d'inclusion	— — —/—/—	—

Nom et email du médecin :

.....

GÉNÉRALITÉS

Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Mois et année de naissance		
Poids ____ kg	Taille ____ m	IMC ____ kg/cm2
Tabac	Si oui : quantité ____ (PA)	Jamais <input type="checkbox"/> actif <input type="checkbox"/> sevré < 3 ans <input type="checkbox"/> sevré > 3 ans <input type="checkbox"/>
Profession actuelle ou passée _____		<input type="checkbox"/> ne sait pas

Antécédents familiaux	<input type="checkbox"/> Spondylarthrite <input type="checkbox"/> Artérite à cellules géantes <input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> PPR
Le patient a-t-il d'autres antécédents	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Maladie auto immune	<input type="checkbox"/> OUI Si oui préciser laquelle _____	<input type="checkbox"/> NON
Maladie inflammatoire	<input type="checkbox"/> OUI Si oui préciser laquelle _____	<input type="checkbox"/> NON
Autres:	<ul style="list-style-type: none"> ● _____ ● _____ ● _____ ● _____ ● _____ <ul style="list-style-type: none"> ● _____ ● _____ ● _____ ● _____ ● _____ 	

Le patient prend-il des traitements :

- OUI
- NON

Si oui, préciser lesquels:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

CARACTÉRISTIQUES ACG AU DIAGNOSTIC

Selon critères ACR/EULAR 2022

Date diagnostic : mois / année

Clinique			
Âge au diagnostic > 50 ans	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Tableau de PPR associée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Signe visuel	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
	Si oui:		
	<input type="checkbox"/> NOIA	<input type="checkbox"/> OACR	
	<input type="checkbox"/> Diplopie	<input type="checkbox"/> Amaurose	
Claudication mâchoire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Céphalées	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Hyperesthésie du cuir chevelu	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Perte de poids	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
	Si oui combien: _____ en kg		
Fièvre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Toux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Complications	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
	Si oui:		
	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> IDM	
	<input type="checkbox"/> AOMI	<input type="checkbox"/> NOIA	
	<input type="checkbox"/> OACR		
Palpation des artères temporales anormale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
	Si oui:		
	<input type="checkbox"/> Douleurs	<input type="checkbox"/> Indurée	
	<input type="checkbox"/> Diminution pouls		
Facteurs déclenchants	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
	Si oui préciser :		

Paraclinique			
CRP	_____ mg/l		
VS si disponible	_____ mm		
Cholestase anictérique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
	ASAT _____ UI/L		
	ALAT _____ UI/L		
	GGT _____ UI/L		
	PAL _____ UI/L		
	Bilirubine tot _____ µmol/L		
NFS (si oui préciser le chiffre)	<input type="checkbox"/> Leucocytose, _____ G/l <input type="checkbox"/> Neutrophilie, _____ G/l <input type="checkbox"/> Hyperéosinophilie, _____ G/l <input type="checkbox"/> Hémoglobine _____ g/dl		
BAT positive	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Merci de nous envoyer le compte-rendu anapath anonymisé via la plateforme BlueFiles (lien transmis avec les documents de l'étude)			
ECHOGRAPHIE ACG: *Signe du Halo	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Si oui, latéralité	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> bilatéral
*Signe de la compression	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Si oui, latéralité	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> bilatéral
Atteinte artère axillaire à l'échographie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Si oui:	<input type="checkbox"/> unilatérale <input type="checkbox"/> bilatérale		
TEP réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui :	Dans les 3 jours suivant l'introduction de la corticothérapie ? oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Décrire les localisations atteintes: _____		
Merci de nous envoyer les images du TEP initial si disponibles (fichier DICOM) anonymisées via la plateforme BlueFiles (lien transmis avec les documents de l'étude)			

Traitements

		Durée (années ou mois)	Arrêt (si oui pourquoi)
Corticoïdes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : Bolus <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dose bolus ____ Dose corticothérapie initiale ____ mg	____ mois ou ____ ans <input type="checkbox"/> Seuil 1 mg/kg : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Seuil 0.7 mg/kg : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Seuil 15 mg : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Seuil 5 mg : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Seuil dernière dose : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA Dose : ____ mg/kg	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____
Tocilizumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui Date introduction <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Sous-cutané Rythme injection : _____ _____	____ mois ou ____ ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____
Méthotrexate	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui dose ____ mg Date introduction <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sous cutané	____ mois ou ____ ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____
Autres traitements	_____	____ mois ou ____ ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____

RECHUTE ACG

Le patient a-t-il déjà rechuté ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, nombre de rechutes
RECHUTE 1 : Date rechute mois/année _____	Nouvelle imagerie réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Résultat : - TEP : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif - Doppler : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Traitement de l'ACG à la rechute : _____ Modification thérapeutique effectuée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Ajout de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom du traitement : _____ - Dose du traitement :
RECHUTE 2 Date rechute mois/année _____	Nouvelle imagerie réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Résultat : - TEP <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif - Doppler <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Traitement de l'ACG à la rechute : _____

	<p>Modification thérapeutique effectuée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Ajout de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom du traitement : _____</p> <p>- Dose du traitement :</p>
RECUTE 3 Date rechute mois/année _____	<p>Nouvelle imagerie réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TEP <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif - Doppler <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <p>Traitement de l'ACG à la rechute : _____</p> <p>Modification thérapeutique effectuée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>- Ajout de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom du traitement : _____</p> <p>- Dose du traitement :</p>
Dernière évaluation : Date mois/année	<p>Rémission : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Traitement et dose à la dernière visite : _____</p>

Merci de nous communiquer les images des TEP de réévaluation anonymisées si disponibles (DICOM), via la plateforme BlueFiles (lien transmis avec les documents de l'étude)

CARACTÉRISTIQUES PPR ISOLEE

Selon les critères EULAR/ACR 2012

Date diagnostic : mois / année

Clinique		
Dérouillage matinale > 45 min	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Douleurs hanches, limitation articulaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Douleurs épaules, limitation articulaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autres articulations atteintes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Si oui lesquelles ? _____	

Paraclinique			
FR négatifs	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Anti CCP négatifs	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
CRP	_____ mg/l		
Échographie articulaire Mettre si réalisé oui / non	<input type="checkbox"/> Épaule Latéralité : _____	<input type="checkbox"/> Moyen fessier Latéralité : _____	<input type="checkbox"/> Hanche Latéralité : _____
	<input type="checkbox"/> Ténosynovite <input type="checkbox"/> Bursite <input type="checkbox"/> Épanchements intra articulaires	<input type="checkbox"/> Bursite	<input type="checkbox"/> Épanchement

TEP	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : Délai avant introduction corticothérapie ? ____ jours Décrire les localisations atteintes (score de Leuven) : _____ Merci de nous envoyer les images du TEP initial anonymisées si disponibles (fichier DICOM) via la plateforme BlueFiles (lien fourni avec les documents de l'étude)
Activité de la PPR au diagnostic : DAS PPR	CRP : ____ mg/l VS : ____ mm EVA patient : ____/10 EVA médecin : ____/10 Élévation membres supérieurs* : ____/3 Dérouillage matinal : ____ minutes *3 : impossible, 2 : en dessous de la ceinture scapulaire, 1 : au niveau de la ceinture scapulaire, 0 : au-dessus de la ceinture scapulaire,

Traitements			
		Durée (années ou mois)	Arrêt (si oui pourquoi)
Corticoides	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui dose ____ mg	____ mois ou ____ ans <input type="checkbox"/> Seuil 0.3 mg/kg : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Seuil 10 mg : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Seuil 5 mg : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Seuil dernière dose : Date : ____/____/____/____/____/____/____/____/____ <input type="checkbox"/> NA Dose : ____ mg/kg	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____
Tocilizumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui Date introduction <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> SC Rythme injection	____ mois ou ____ ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____
Méthotrexate	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui dose ____ mg Date introduction <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sous cutané	____ mois ou ____ ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____
Autres	_____	____ mois ou ____ ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____

RECHUTE PPR

Le patient a-t-il déjà rechuté ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, nombre de rechutes
----------------------------------	---

RECHUTE 1 : Date rechute mois/année _____	Nouvelle imagerie réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Résultat : - TEP <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif - Echo <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif - Sous quel traitement et quelle dose : _____ DAS PPR : _____ Modification de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Ajout de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom du traitement : _____ - Dose du traitement : Signes ACG associés: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
RECHUTE 2 Date rechute mois/année _____	Nouvelle imagerie réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Résultat : - TEP <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif - Echo <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Sous quel traitement et quelle dose : _____ DAS PPR : _____ Modification de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Ajout de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom du traitement : _____ - Dose du traitement : Signes ACG associés: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
RECUTE 3 Date rechute mois/année _____	Nouvelle imagerie réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Résultat : - TEP <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif - Echo <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Sous quel traitement et quelle dose : _____ DAS PPR : _____ Modification de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Ajout de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom du traitement : _____ - Dose du traitement : Signes ACG associés: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dernière évaluation : Date mois/année _____	Rémission : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Traitement et dose à la dernière visite : _____ DAS PPR : _____

CARACTÉRISTIQUES SPONDYLARTHRITE

Date diagnostic : mois / année

Selon critères ASAS			
Rachialgies > 3 mois	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Age au diagnostic < 45 ans	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Rachialgies inflammatoires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Arthrite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Enthésites	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Dactylite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Psoriasis	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
maladie de Crohn	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
RCH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Uvéite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Antécédent familial de spondylarthrite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
HLA B27 +	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
CRP ≥ 5 mg/l	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Si oui à combien? ___ mg/l		
Sacro iliite radiographique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Si oui quel stade? ___ (1 à 4)		
Sacro iliite à l'IRM	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Réponse aux AINS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Selon critères CASPAR	
Atteinte articulaire inflammatoire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Psoriasis	Lésion psoriasique cutanée ou du scalp <input type="checkbox"/> Notion de psoriasis <input type="checkbox"/> Antécédents de psoriasis au 1 ^{er} ou 2 ^e degré <input type="checkbox"/>
Dystrophie unguéale psoriasique	Onycholyse <input type="checkbox"/> Ongles ponctués <input type="checkbox"/> Hyper kératose <input type="checkbox"/>

Facteur rhumatoïde	Présent <input type="checkbox"/> absent <input type="checkbox"/>
Dactylite	Dactylite actuelle <input type="checkbox"/> Antécédent de dactylite <input type="checkbox"/>
Radiographies (mains et pieds)	Signes de construction osseuse juxta articulaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Traitements:

Traitements		Durée (mois ou années)	Arrêt
AINS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
CTC	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Méthotrexate	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Leflunomide	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Salazopyrine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Infliximab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Etanercept	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Adalimumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Golimumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Certolizumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Sécukinumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Ixékizumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Bimékimumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Ustékinumab	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Tofacitinib	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	__mois ou __ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON

Upadacitinib	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	___mois ou ___ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Baricitinib	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	___mois ou ___ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON

Activité de la spondylarthrite au diagnostic d'ACG ou de la PPR		
Traitement et dose	_____	
Score BASDAI	_____/100	
ASDAS CRP	_____	
CRP	_____ mg/l	
NAD	_____/28	_____/68
NAG	_____/28	_____/66

Dernière évaluation spondylarthrite Date : Mois/année _____		
Traitement et dose à la dernière visite	_____	
Score BASDAI	_____/100	
ASDAS CRP	_____	
CRP	_____ mg/l	
NAD	_____/28	_____/68
NAG	_____/28	_____/66