

# Fiche MAIL

## Maladies Auto-Immunes et Lymphome

Nom I \_ I I \_ I (2 1<sup>ères</sup> lettres)                      Prenom I \_ I (1<sup>ère</sup> lettre)

Date de naissance | \_ | | |    | \_ | | |    | \_ | | | | | | |

SEXE :    Masculin                       Féminin

ORIGINE ETHNIQUE :    Caucasienne  Noire  Maghrébine  Asiatique

Médecin :    Centre :    Tel :

### Type de Maladie Auto-Immune :

Date diagnostic MAI :

Nombre de patients avec cette MAI suivis dans votre centre :

### Symptômes et Signes de MAI

Au diagnostic de MAI	Au diagnostic de LNH
Signes généraux :                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fièvre > 38°5                              OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Perte poids > 10%                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Cutané : (préciser)                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Syndrome sec Oculaire                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Syndrome sec Buccal                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Arthralgies / Arthrite                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Myalgies                                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Neuropathie périphérique                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(Si oui : type de neuropathie)	
Système nerveux central                      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rénal    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui : Créatinine                      Hématurie    Protéinurie/24h	
Histologie rénale	

Digestif (préciser)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Cardiaque (préciser)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pulmonaire (préciser)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autre (préciser)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### **Bilan Paraclinique de MAI**

Au diagnostic de MAI			Au diagnostic LNH		
FAN (si positif taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Anti DNA (si positif taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	(si positif taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Anti ENA (type)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ANCA (type)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autre auto Ac :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Cryo (type/taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	(type/taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
C3 bas (préciser taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Taux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
C4 bas (préciser taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Taux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pic monoclonal (type/taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	(type/taux)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Facteur rhumatoïde	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Chaines légères kappa/lambda :			Chaines légères kappa/lambda :		
Taux gammaglobulines :			Taux gammaglobulines :		
CRP :			CRP :		
Hémoglobine :			Hémoglobine :		
Plaquettes :			Plaquettes :		
Leucocytes :			Leucocytes :		
Neutrophiles :			Neutrophiles :		
Lymphocytes :			Lymphocytes :		
Créatinine :			Créatinine :		
LDH :			LDH :		

## **Biopsie des glandes salivaires au diagnostic :**

- Score Chisholm : I  II  III  IV
- Présence de centres germinatifs :

(si non précisée, merci de relancer les anapath, si la biopsie est disponible)

Autre(s) biopsies (préciser) :

## **Traitements de la MAI : le patient a reçu :**

<i>Au diagnostic MAI</i>			<i>Au diagnostic LNH</i>	
Corticoïdes (dose/durée)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
IS (type/dose/durée)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Biothérapie (type/durée)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

## **Détail Lymphome (joindre copie de résultats) :**

- Date diagnostic : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Type lymphome (merci de transmettre une copie du résultat anapath) :
- LNH-B  LNH-T
- (préciser) :
- Stade Ann Arbor : I  II  III  IV
- Localisations :
- Adénopathies sus diaphragmatiques  sous diaphragmatiques
- Atteinte médullaire
- Atteintes extra-ganglionnaires (préciser)
- Signes B OUI  NON
- Score OMS (0 à 4) :
- LDH : Normales  Elevées , Taux :
- Phénotypage lymphocytaire périphérique :
- Biologie moléculaire/caryotype :
- Site biopsique ayant permis le diagnostic :
- Virus : VHC  VHB  VIH  HTLV1  EBV  HHV8  Autre :
- PCR EBV sang : Histologie : EBER  LMP1

## Traitement Lymphome :

• Type traitement :                    dose :                    Fréquence :                    durée :

• Date début 1<sup>ère</sup> ligne de traitement (J1C1):

• Réponse Lymphome à la 1<sup>ère</sup> ligne de traitement:

• Evaluation :    TDM                     Pet Scan                     TDM et Pet Scan

Réponse :            complète     partielle     maladie stable     progression

• Date de réponse maximale:

• Rechute :    OUI     NON                     Date Rechute :

• Type traitement 2<sup>ème</sup> ligne :                    dose :                    Fréquence :                    durée :

• Réponse Lymphome à la 2<sup>ème</sup> ligne de traitement:

                  Réponse :    complète     partielle     maladie stable     progression

• Nombre de lignes de chimiothérapie supplémentaires (préciser) :

• Effets secondaires :

• Infections (type) :

• Autre (préciser) :

• Décès : OUI     NON                     Si oui, cause et date:

• Statut Lymphome à la date des dernières nouvelles :

• Statut MAI à la date des dernières nouvelles :

**Date des dernières nouvelles :** |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|

**A ENVOYER par courrier ou par Fax au**

**Dr Damien SENE**

Service de Médecine Interne B,

Bâtiment Galien

Hôpital Lariboisière,

2 Rue Ambroise Paré,

75010 Paris

Fax : 01.49.95.63.93

Email : [damien.sene@lrb.aphp.fr](mailto:damien.sene@lrb.aphp.fr)

**Ou**

**Dr David SAADOUN**

Service de Médecine Interne 2

Batiment Laroche foucault

Hôpital Pitié Salpêtrière

83 bd de l'hôpital

75013 PARIS

Fax : 01.42.17.80.33

Email : [david.saadoun@psl.aphp.fr](mailto:david.saadoun@psl.aphp.fr)