Registre français

Pseudo-polyarthrite rhizomélique / Artérite à cellules géantes

post-vaccination anti-COVID-19

*Adresse de retour (par e-mail):*

Dr Pierre-André JARROT : [pierre.jarrot@ap-hm.fr](mailto:pierre.jarrot@ap-hm.fr), Service de Médecine Interne et d’Immunologie Clinique, Centre Hospitalier Universitaire de La Conception, AP-HM, Marseille.

Dr Adrien MIROUSE : [adrien.mirouse@aphp.fr](mailto:adrien.mirouse@aphp.fr), Service de Médecine Interne et d’Immunologie Clinique, Hôpital Universitaire de La Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris.

Pr Gilles KAPLANSKI : [gilles.kaplanski@ap-hm.fr](mailto:gilles.kaplanski@ap-hm.fr), Service de Médecine Interne et d’Immunologie Clinique, Centre Hospitalier Universitaire de La Conception, AP-HM, Marseille.

Pr David SAADOUN : [david.saadoun@aphp.fr](mailto:david.saadoun@aphp.fr), Service de Médecine Interne et d’Immunologie Clinique, Hôpital Universitaire de La Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris.

# Données démographiques

**Nom (2 premières lettres):** **Prénom (initiale):**

**Année de naissance (JJ/MM/YYYY): Sexe:**

**Nom, adresse et mail du médecin investigateur:**

**Antécédents:**

* Tabac 
  + Actif
  + Sevré
  + Nombre de paquets-années:
* HTA
* Dyslipidémie  Statine ? Oui  Non
* Diabète
* Antécédents cardio-vasculaires
* Mésusage d'alcool (≥ 2 verres d'alcool par jour chez la femme, ≥ 3 chez l'homme)
* Surpoids ou obésité 
  + IMC
* Infection VHB
* Infection VHC
* Antécédent de tuberculose
* Antécédent d’ulcère
* Antécédent de diverticulite

**Typage HLA (A/B/C/DQ/DR) :**

# Vaccination

**Vaccination :**

* Autres vaccinations réalisées par le passé
  + Date du dernier vaccin
  + Type
  + Complications

Préciser :

**COVID-19 :**

* Antécédent de COVID-19       Date de l’infection
* Délai entre la COVID-19 et première vaccination

**Vaccination COVID-19**

* Type de vaccin :
  + ChAdOx1 nCoV-19 (Oxford-Astra-Zeneca)
  + Ad26.COV2.S (Johnson & Johnson/Janssen)
  + BNT162b2 ARNm (Pfizer-BioNTech)
  + mRNA-1273 (Moderna)
* Début de la symptomatologie après :
  + Première vaccination
  + Deuxième vaccination (sauf pour Johnson & Johnson/Janssen)
* Délai entre le début de la symptomatologie et la vaccination (j)
* Réactions post-vaccinale immédiate :
  + Asthénie
  + Fièvre
  + Céphalées
  + Arthromyalgies
  + Nausées / vomissements
  + Durée (j)

# Concernant la Pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR)

## Date du diagnostic de la PPR (MM/AAAA):

## Délai depuis le début des premiers signes:

**Critères de classification (ACR / EULAR 2012)**

**Critères obligatoires : Age≥50 ans, douleurs bilatérales des épaules et VS/CRP anormale**

**Et ≥4 points (critères sans échographie) ou ≥5points (critères échographiques)**

|  |  |
| --- | --- |
| Raideur matinale >45 minutes (2pts) |  |
| Douleur ou limitation de la hanche (2pts) |  |
| Absence de FR ou d’ACPA (2 pts) |  |
| Absence d’atteinte périphérique (1pt) |  |
| Au moins 1 épaule avec bursite sous acromio deltoïdienne, ténosynovite longue portion biceps, synovite gléno-humérale et au moins une hanche avec synovite ou bursite (1pt) |  |
| 2 épaules avec bursite sous acromio deltoïdienne, ténosynovite longue portion biceps, synovite gléno-humérale et au moins une hanche avec synovite ou bursite (1pt) |  |

**Données cliniques relatives à la PPR:**

|  |  |
| --- | --- |
| Douleurs des ceintures pelviennes / scapulaires inflammatoires |  |
| Arthralgies distales |  |
| Arthrites distales |  |
| Asthénie |  |
| Anorexie |  |
| Amaigrissement > 10% du poids corporel |  |
| Hyperthermie ≥ 38°C |  |
| Douleur dorsale |  |
| Douleur thoracique |  |
| Autre |  |

Autre :

Préciser :

Poids: Kgs

**Données biologiques au diagnostic de PPR:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Données biologiques** | **Résultats** |
| Hémoglobine (g/dl) |  |
| Plaquettes (/mm3) |  |
| Leucocytes (/mm3) |  |
| Créatinine (µmol/l) |  |
| VS en mm à la première heure |  |
| CRP (mg/l) |  |
| Fibrinogène (g/l) |  |

## 

**Scintigraphie osseuse :**

Résultat :

**TEPSCAN :**

Résultat :

# Concernant l’artérite à cellules géantes – Maladie de Horton

## Date du diagnostic de la vascularite (MM/AAAA):

## Délai depuis le début des premiers signes:

## 

**Critères de classification (ACR)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Age≥50 ans** |  |
| **Céphalées inhabituelles** |  |
| **Anomalie à la palpation de l'artère temporale (sensibilité ou diminution du pouls)** |  |
| **Syndrome inflammatoire biologique** |  |
| **Anomalies histologiques évocatrices** |  |

**Atteinte des gros vaisseaux au diagnostic :** Oui , Non , non recherchée

**Données histologiques**

Biopsie d’artère temporale pratiquée

|  |  |
| --- | --- |
| Infiltrat par cellules mononucléées |  |
| Granulome |  |
| Cellules géantes |  |
| Panartérite |  |
| Fragmentation de la limitante élastique interne |  |
| Thrombus intra-luminal |  |
| Nécrose fibrinoïde |  |
| Autre résultat |  |
| Négative |  |

Biopsie d'un autre site

- Localisation:

- Résultat:

**Données cliniques relatives à l’ACG:**

|  |  |
| --- | --- |
| Céphalées |  |
| Hyperesthésie du cuir chevelu |  |
| Claudication de la mâchoire |  |
| Signes ophtalmologiques  Signes ophtalmo transitoires  Signes ophtalmo définitifs  OACR  NOIAA  Atteinte des paires craniennes (diplopie) |  |
| Pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) |  |
| Claudication de membre |  |
| Souffle vasculaire   * Carotidien * Sous-clavier * Axillaire * Huméral * Aortique * Abdominal * Ilio-fémoral |  |
| Asthénie |  |
| Anorexie |  |
| Amaigrissement > 10% du poids corporel |  |
| Hyperthermie ≥ 38°C |  |
| Dyspnée |  |
| Douleur dorsale |  |
| Douleur thoracique |  |
| AVC inaugural (<1 mois après dg d’ACG)  Territoire : |  |
| Syndrome coronarien inaugural (<1 mois après dg d’ACG) |  |
| Autre |  |

Poids: Kgs

Examen ophtalmologique: Normal , Anormal (préciser: )

Fond d’œil: Normal , Anormal (préciser: )

Angiographie à la fluorescéine:Vascularite rétinienne , Œdème rétinien , Retard de perfusion choroïdienne

Autres manifestations:

**Données biologiques au diagnostic d’ACG:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Données biologiques** | **Résultats** |
| Hémoglobine (g/dl) |  |
| Plaquettes (/mm3) |  |
| Leucocytes (/mm3) |  |
| Créatinine (µmol/l) |  |
| VS en mm à la première heure |  |
| CRP (mg/l) |  |
| Fibrinogène (g/l) |  |
| Dyslipidémie au diagnostic | oui, non non fait |

**Données macrovasculaires au diagnostic d’ACG:**

Doppler des TSA: Normal , Anormal , non fait

Si anormal, préciser:

Doppler des Artères Temporales: Normal , Anormal , non fait

Si anormal, préciser:

Évaluation de l’aorte et de ses branches: Oui , Non

Si oui, date:

Méthode utilisée Angioscanner

Angio-IRM

TEP-scan

ETT

Doppler

Résultats:

Atteinte aortique , thoracique , abdominale

Atteinte des artères carotides , sous-clavières , axillaires , humérales , ilio-fémorales , membres inférieurs

Dilatation aortique , thoracique , abdominale

Dissection aortique

Autre anomalie extra-vasculaire:

# Traitement

**Bolus de méthylprednisolone** Si oui: dose: mg nombre de bolus:

**Corticoïdes**  Si oui, dose initiale (mg/jour):

Date d’introduction des corticoïdes (MM/AAAA):

Date de 1er arrêt des corticoïdes (MM/AAAA):

Date de reprise

Date de 2ème arrêt

Dose à M1.5 de l’introduction :

Dose à M3 de l’introduction :

Dose à M6 de l’introduction :

Dose à M12 de l’introduction :

Dose à M18 de l’introduction :

Dose à M24 de l’introduction :

Dose à M36 de l’introduction :

Molécule choisie : prednisone , prednisolone , methylprednisolone

**Complications liées à la corticothérapie :**

**Tocilizumab :**

Nombre de lignes de traitement antérieures (autre que corticoïdes) :

Date d’introduction du traitement (MM/AAAA):

Date d’interruption du traitement (MM/AAAA):

Dose de Tocilizumab:

IV , SC

Fréquence des injections : toutes les semaines

Dose de prednisone à l’introduction du Tocilizumab :

Autre traitement spécifique à l’ACG maintenu en même temps ? oui  non

Si oui, préciser :

**Indications du Tocilizumab (plusieurs chois possible)**

1) Epargne cortisonique car effets secondaires de la corticothérapie oui  non

Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) :

2) Maladie corticodépendante oui  non

Si oui, à quelle dose la maladie est-elle corticodépendante : mg/jour

3) Atteinte des gros vaisseaux oui  non

Préciser :

4) Gravité de la présentation oui  non

Préciser :

5) Manifestations atypiques de la maladie oui  non

Préciser :

Autre :

**Tolérance des injections :**

Bonne , Moyenne , Mauvaise

- Douleur points d’injection

- Réaction allergique

**Complications liées à l’utilisation du tocilizumab :**

Préciser :

**Méthotrexate**

Si oui, dose initiale (mg/sem):

Indication(s) :

Epargne cortisonique , Corticodépendance  **,** Sévérité de la présentation , atteinte des gros vaisseaux

Date d’introduction du méthotrexate (MM/AAAA):

Date d’interruption du méthotrexate (MM/AAAA):

* Raison de l’interruption :

Inefficacité

Intolérance

Guérison de la maladie

**Autre traitement (autre que corticoïdes, methotrexate ou tocilizumab) (ex : anakinra, endoxan, diprosone, anti-TNF…)**

Molécule(s) :

Indication(s) :

Epargne cortisonique , Corticodépendance  **,** Sévérité de la présentation , atteinte des gros vaisseaux

Date d’introduction du traitement (MM/AAAA):

Date d’interruption du traitement (MM/AAAA):

**Autre traitement (autre que corticoïdes, methotrexate ou tocilizumab) (ex : anakinra, endoxan, diprosone, anti-TNF…)**

Molécule(s) :

Indication(s) :

Epargne cortisonique , Corticodépendance  **,** Sévérité de la présentation , atteinte des gros vaisseaux

Date d’introduction du traitement (MM/AAAA):

Date d’interruption du traitement (MM/AAAA):

**Aspirine**

**Anticoagulants oraux**

# Évolution de la PPR

**RECHUTES**

Oui  Non  ; nombre de rechutes:

**Date de (des) la rechute(s) (MM/AAAA), préciser le traitement à la rechute:**

Traitement spécifique (avec posologie):

Traitement spécifique (avec posologie):

Traitement spécifique (avec posologie):

**Détails de (des) la rechute(s):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Caractéristiques** | **Rechute 1** | **Rechute 2** | **Rechute 3** |
| Dose de cortisone à la rechute (en mg/jour) |  |  |  |
| Douleurs des ceintures pelviennes / scapulaires inflammatoires |  |  |  |
| Arthralgies distales |  |  |  |
| Arthrites distales |  |  |  |
| Anorexie |  |  |  |
| Amaigrissement > 10% du poids corporel |  |  |  |
| Hyperthermie ≥ 38°C |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Douleur dorsale |  |  |  |
| Douleur thoracique |  |  |  |
| Syndrome inflammatoire (CRP>10 mg/L) | Valeur CRP = … mg/L | Valeur CRP = … mg/L | Valeur CRP = … mg/L |
| Apparition de signes en faveur d’une ACG :  Préciser |  |  |  |
| Aggravation ou apparition d’une atteinte de l’aorte ou des gros vaisseaux | Oui  Non | Oui  Non | Oui  Non |
| Si oui, préciser quel examen et le résultat |  |  |  |

**PEC thérapeutique de la 1ère rechute :**

**PEC thérapeutique de la deuxième rechute :**

**PEC thérapeutique de la troisième rechute :**

# Évolution de l’ACG

**RECHUTES**

Oui  Non  ; nombre de rechutes (**avant** tocilizumab) :

**Date de (des) la rechute(s) (MM/AAAA), préciser le traitement à la rechute:**

Traitement spécifique (avec posologie):

Traitement spécifique (avec posologie):

Traitement spécifique (avec posologie):

**Détails de (des) la rechute(s):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Caractéristiques** | **Rechute 1** | **Rechute 2** | **Rechute 3** |
| Dose de cortisone à la rechute (en mg/jour) |  |  |  |
| Céphalées |  |  |  |
| Hyperesthésie du cuir chevelu |  |  |  |
| Claudication de la mâchoire |  |  |  |
| Signes ophtalmologiques (flou, amaurose, diplopie, cécité) | Transitoire / Définitif | Transitoire / Définitif | Transitoire / Définitif |
| Pseudo-polyarthrite rhizomélique |  |  |  |
| Claudication de membre |  |  |  |
| Apparition d’un souffle vasculaire |  |  |  |
| Asthénie |  |  |  |
| Anorexie |  |  |  |
| Amaigrissement > 10% du poids corporel |  |  |  |
| Hyperthermie ≥ 38°C |  |  |  |
| Dyspnée |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Douleur dorsale |  |  |  |
| Douleur thoracique |  |  |  |
| Syndrome inflammatoire (CRP>10 mg/L) | Valeur CRP = … mg/L | Valeur CRP = … mg/L | Valeur CRP = … mg/L |
| Autre |  |  |  |
| Aggravation ou apparition d’une atteinte de l’aorte ou des gros vaisseaux | Oui  Non | Oui  Non | Oui  Non |
| Si oui, préciser quel examen et le résultat |  |  |  |

**PEC thérapeutique de la 1ère rechute :**

**PEC thérapeutique de la deuxième rechute :**

**PEC thérapeutique de la troisième rechute :**

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION**

*;*