

eCRF

Étude observationnelle multicentrique : Vascularite nerveuse périphérique associée au lupus érythémateux systémique

Cahier d'observation

Médecin responsable du patient (nom et ville) :

Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Année de naissance	-----	

Responsable de la recherche :

Pr Nicolas SCHLEINITZ

Dr Julie SEGUIER

Interne Lucie DERRIDA

Critères d'inclusion

Tous les critères d'inclusion doivent être cochés OUI pour pouvoir réaliser l'inclusion

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Âge \geq 18 ans | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2. Diagnostic de lupus systémique selon critères EULAR/ ACR 2019 (page 4) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3. Neuropathie périphérique clinique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4. Réalisation d'une biopsie neuromusculaire | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5. Non-opposition du patient (remise de la notice d'information) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Date d'inclusion : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

DONNEES CLINIQUES - HISTOIRE

Antécédents

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Diabète | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Ethylisme chronique > 2 verres/ jour | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Hépatite B ou C | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Traitement pourvoyeur de neuropathie périphérique (ci-dessous) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Vincristine, Vinblastine, Cisplatine, Doxorubicine | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Amiodarone | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Ciclosporine | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Lithium | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Phénytoïne | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Dapsone | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Isoniazide | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Sels d'or, D- pénicillamine | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Interféron alpha, Tenofovir | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Autre (précisez) : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Autres Antécédents notables :

Critères EULAR/ ACR 2019 de lupus érythémateux systémique

Fièvre (2 points)	<input type="checkbox"/>
Leucopénie (3 points)	<input type="checkbox"/>
Thrombopénie (4 points)	<input type="checkbox"/>
Hémolyse d'origine auto immune (4 points)	<input type="checkbox"/>
Délires (2 points)	<input type="checkbox"/>
Psychose (3 points)	<input type="checkbox"/>
Convulsion (5 points)	<input type="checkbox"/>
Alopécie non cicatricielle (2 points)	<input type="checkbox"/>
Erosion buccale (2 points)	<input type="checkbox"/>
Lésion cutanée de lupus discoïde ou subaigu (4 points)	<input type="checkbox"/>
Lésions cutanées de lupus aigu (6 points)	<input type="checkbox"/>
Anticardiolipine ou anti beta2GP1 ou anticoagulant circulant (2 points)	<input type="checkbox"/>
Épanchement pleural ou péricardique (5 points)	<input type="checkbox"/>
Péricardite aiguë (6 points)	<input type="checkbox"/>
Atteinte articulaire (6 points)	<input type="checkbox"/>
Protéinurie >0.5g/24h (4 points)	<input type="checkbox"/>
Glomérulonéphrite lupique de classe II ou V (8 points)	<input type="checkbox"/>
Glomérulonéphrite lupique de classe III ou IV (10 points)	<input type="checkbox"/>
C3 OU C4 bas (3 points)	<input type="checkbox"/>
C3 et C4 bas (4 points)	<input type="checkbox"/>
Anti ADN natif ou anti SM (6 points)	<input type="checkbox"/>
<i>La présence d'un total supérieur ou égal à 10 permet d'affirmer l'existence d'un lupus systémique avec une sensibilité de 96% et une spécificité de 93%.</i>	
TOTAL de points	<input type="checkbox"/>

Traitements déjà reçus pour le lupus

Corticothérapie |__|

Date de début / fin : _____

Hydroxychloroquine |__|

Date de début / fin : _____

Cellcept/ Myfortic : *Mycophénolate Mofetil* |__|

Date de début / fin : _____

Endoxan : *Cyclophosphamide* |__|

Date de début / fin : _____

Thalidomide |__|

Date de début / fin : _____

Revlimid : *Lenalidomide* |__|

Date de début / fin : _____

Belimumab |__|

Date de début / fin : _____

IgIV |__|

Date de début / fin : _____

Autre: _____

Date de début / fin : _____

Autre: _____

Date de début / fin : _____

Autre: _____

Date de début / fin : _____

Autre: _____

Date de début / fin : _____

Date de diagnostic de lupus: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Date de début clinique de la neuropathie périphérique : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Date de réalisation de la biopsie nerveuse : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

DONNEES CLINIQUES - NEURO

Signes cliniques présents de neuropathie

Paresthésies membres inférieurs et/ ou supérieurs	_ et/ou _
Hypoesthésie	_
<i>si oui, détailler hypoesthésie superficielle /profonde/ thermo</i>	
<i>algique : _____</i>	
Douleurs (à type de brûlure, sensation de froid douloureux, décharges électriques)	_
Déficit moteur membres inférieurs et/ou supérieurs	_ et/ou _
<i>si oui le(s)quel(s): _____</i>	
Amyotrophie	_
Fasciculations	_
Crampes	_
Abolition des ROT	_
Atteinte des paires crâniennes	_
<i>si oui, le(s)quelle(s): _____</i>	
Troubles visuels (nodules dysoriques, hémorragies rétiniennes, exsudats séreux ou hémorragies choroïdiennes, névrite optique. Exclusion d'une cause hypertensive, infectieuse ou médicamenteuse)	_
Trouble de l'équilibre	_
Syndrome cérébelleux statique	_
Syndrome cerebelleux cinétique	_
Syndrome vestibulaire	_
Ataxie proprioceptive	_
Dysautonomie	_
Hypotension orthostatique	_
Trouble de la sudation	_
Troubles du transit digestif	_
Anomalies pupillaires	_
Troubles trophiques	_

Signes clinique associés au moment de la neuropathie

Fièvre	_
Insuffisance rénale aiguë avec protéinurie >0.5g/24h	_
Coma	_
Convulsions (apparition récente, exclusion des causes métaboliques/ infectieuses/ médicamenteuses)	_
Psychose (<i>hallucinations, incohérence, appauvrissement du contenu de la pensée, raisonnement illogique, comportement bizarre, désorganisé ou catatonique. Exclusion d'une insuffisance rénale ou d'une cause médicamenteuse</i>)	_
Troubles de la conscience avec réduction des capacités de concentration, incapacité à rester attentif avec en plus 2 au moins des manifestations suivantes : troubles perceptifs, discours incohérent, insomnie ou somnolence diurne, augmentation ou diminution de l'activité psychomotrice	_
AVC (d'apparition récente. Artériosclérose exclue)	_
Epilepsie	_
Céphalées sévères et persistantes	_
Poussée cutanée lupique aiguë	_
Arthrites (>2 articulations)	_
Ulcères muqueux	_
Alopécie non cicatricielle	_
Pleurésie	_
Péricardite	_
Ulcérations, gangrène, nodules digitaux douloureux, infarctus péri-unguéaux	_

Autres :

PARACLINIQUE

Date ENMG initial : __/__/__

Données ENMG

Réduction ou absence des amplitudes motrices des MI	_
Réduction ou absence des amplitudes motrices des MS	_
Ralentissement des vitesses de conduction	_
Bloc de conduction	_

Merci de joindre le compte rendu de l'ENMG initial :

Conclusions ENMG

Polyneuropathie axonale sensitive	_
Polyneuropathie axonale sensitivo motrice	_
Mononeuropathie	_
Mononeuropathie multiple	_
Polyradiculonévrite aiguë	_
Atteinte radiculaire	_
Polyneuropathie démyélinisante	_

Données biologiques au moment de l'épisode de neuropathie

Possibilité de joindre le bilan biologique au dossier

- Créatinémie : _____ $\mu\text{mol/L}$, ou • Non mesurée
- Bilirubine : _____ $\mu\text{mol/L}$, ou • Non mesurée
- ASAT : _____ UI/L , ou • Non mesurée
- ALAT : _____ UI/L , ou • Non mesurée
- TP : _____ %, ou • Non mesurée
- PAL : _____ UI/L , ou • Non mesurée
- GGT : _____ UI/L , ou • Non mesurée
- Fibrinogène : _____ g/L , ou • Non mesurée
- TCA : _____ , ou • Non mesurée
- Hémoglobine : _____ g/dL , ou • Non mesurée
- Leucocytes : _____ G/L , ou • Non mesurée
- Lymphocytes : _____ G/L , ou • Non mesurée
- Neutrophiles : _____ G/L , ou • Non mesurée
- Eosinophiles: _____ G/L , ou • Non mesurée
- Plaquettes : _____ G/L , ou • Non mesurée
- C3 : _____ g/L , ou • Non mesurée
- C4 : _____ g/L , ou • Non mesurée
- CH50 : _____ UI/mL , ou • Non mesurée
- Facteur rhumatoïde : _____ UI/L , ou • Non mesurée
- Triglycérides : _____ g/L , ou • Non mesurée
- Ferritine : _____ ng/mL , ou • Non mesurée
- LDH : _____ UI/L , ou • Non mesurée
- Haptoglobine : _____ g/L , ou • Non mesurée
- CPK: _____ UI/L , ou • Non mesurée
- ANCA: _____ si oui Ac anti MPO ... ac Anti PR3
- Ac anti nucléaires: _____ , ou • Non mesurée
- Ac anti ADN natifs: _____ , ou • Non mesurée
- Ac anti SSA: _____ , ou • Non mesurée
- Ac anti SSB: _____ , ou • Non mesurée
- Ac anti RNP: _____ , ou • Non mesurée
- Cryoglobulinémie : _____ , ou • Non mesurée, si oui type : _____
- Ac anti cardiolipine : _____ , ou • Non mesurée, si oui IgG-IgM : _____
- Ac anti B2 GP1: _____ , ou • Non mesurée, si oui IgG-IgM : _____
- Ac circulant: _____ , ou • Non mesurée, si oui IgG-IgM : _____
- Electrophorèse des protéines sériques _____ ..., ou • Non mesurée
- Ac anti myéline _____ ..., ou • Non mesurée
- Ac anti MAG _____ ..., ou • Non mesurée
- Protéinurie : _____ g/24h ou _____ mg/L
- Cylindres urinaires de GB: OUI / NON
- Hématurie (> 5 GR / champ) OUI/ NON
- Pyurie (> 5 GB/champ en l'absence d'infection): OUI/ NON

Biopsie neuromusculaire:

-
- Lésions inflammatoires péri vasculaires NON OUI
 - Microthrombi dans la paroi vasculaire NON OUI
 - Nécrose fibrinoïde NON OUI
 - Dépôts de complément NON OUI
 si oui quel(s) type(s) (C3-C4-CH50): _____
 - Dépôts d'IgM- IgG - IgA NON OUI
 si oui quel(s) type(s): _____
 - Présence de cryoglobulinémie NON OUI

Merci de préciser le siège de la biopsie neuro musculaire :

Merci de copier le compte rendu ci-dessous:

THERAPEUTIQUES ET SUIVI

Traitement de l'épisode :

- Boli de methylprednisolone si oui, préciser la dose et la durée : _____
- Corticothérapie orale (dose initiale en mg/kg : _____)
- Cyclophosphamide
- Mycophénolate mofétil
- Rituximab
- Méthotrexate
- Echanges plasmatiques
- IgIV
- Autre immunosuppresseur : préciser
- Autre biothérapie : préciser

Traitement des douleurs neuropathiques :

- Antalgique palier I et/ ou II
- Antalgique palier III
- Pregabaline
- Gabapentine
- Amitriptyline
- Autre: _____

Récupération ?

- Rémission complète si oui date : - __/__/____
si oui sous quel traitement : _____
- Sensitive incomplète
- Motrice incomplète si oui nécessité d'orthèse ? (déambulateur - canne-
fauteuil roulant, chaussures adaptées) : _____
- Maladie réfractaire
- Décès si oui date : __/__/____
cause: _____
- Rechute de la neuropathie si oui date: __/__/____
- Rechute lupique si oui date : __/__/____

Délai avant stabilisation de la maladie

- < 1mois
- 1-3 mois
- 3-6 mois
- 6 mois- 1 an
- > 1 an
- Jamais atteinte

Description rapide des séquelles à la dernière consultation en date

Date de la dernière consultation : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Dernier ENMG réalisé

Date du dernier ENMG: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|