# Données démographiques et médicales

**Nom** (initiales):  **Prénom** (initiales):

**Année de naissance** (YYYY): **Genre**: M

Cas clinique déjà publié ?

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

* Habitus:

**Tabagisme :**  Pas de tabac

* Antécédents :

**HTA**: – **Dyslipidémie:** **– Diabète**: – **Surpoids/obésité**:

**Antécédents cardiovasculaires**: –

**Troubles cognitifs** :

# Concernant l’artérite à cellules géantes

## Date du diagnostic de la vascularite (*DD*/MM/YYYY):

## Délai depuis le début des premiers signes (en semaines, *chiffres*) :

* Critères ACR :

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

* Atteinte des gros vaisseaux au diagnostic : .
* ***Données histologiques*** :

**Biopsie de l’artère temporale** pratiquée : – si oui, résultats (ou joindre CR)

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

*Commentaires* :

* Données cliniques relatives à l’ACG au diagnostic:

|  |  |
| --- | --- |
| Céphalées | – si oui : – siège :  temporal  – pariétal  – occipital – frontal |
| Hyperesthésie du cuir chevelu |  |
| Claudication de la mâchoire / trismus |  |
| Signes ophtalmologiques :  *flou, amaurose, diplopie, cécité* | – si oui : type d’atteinte : |
| Pseudo-polyarthrite rhizomélique |  |
| Claudication de membre | – |
| Anomalie de l’artère temporale |  |
| Amaigrissement | – estimé à (en kg): |
| Hyperthermie ≥ 38°C |  |
| AVC ischémique | – si oui, territoire : |
| Syndrome coronarien |  |
| Toux |  |
| Manifestations rares : *neuropathie, myocardite, épanchement pleural ou péricardique* | – si oui, préciser : |
| Autre (s) |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Données biologiques** | **Résultats** |
| Hémoglobine (g/dl) |  |
| Plaquettes (G/L) |  |
| Leucocytes (G/L) |  |
| VS en mm à la 1ère heure |  |
| CRP (mg/l) |  |
| Fibrinogène (g/l) |  |
| Cholestase anictérique |  |

* Données macrovasculaires au diagnostic d’ACG:

**Doppler des TSA :**   **–** si anormal, préciser (ou joindre CR):

**Doppler des artères temporales :**  – si anormal, préciser (ou joindre CR) :

**Évaluation de l’aorte et de ses branches:**  **–**si oui, cocher méthode(s) et préciser résultats (ou joindre CR). *Commentaires* :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | AngioTDM | AngioIRM | TEP TDM | Echodoppler |
| **Atteinte inflammatoire liée à ACG** ; si plusieurs axes atteints, préciser : siège ;sténose/thrombose |  |  |  |  |
| **Anévrysme aortique** |  |  |  | |
| **Dissection :** si plusieurs axes atteints, préciser |  |  |

# NÉCROSE DU SCALP/ DE LA LANGUE ou DES LÈVRES

**▲ Ne pas remplir si patient contrôle sans nécrose scalp/langue/lèvre**

**Date de survenue de la nécrose** (MM/YYYY): – chronologie :

* si atteinte inaugurale au diagnostic, préciser la chronologie  (par rapport aux signes généraux, etc.) :

– –

* si survenue au cours du suivi, le nécrose est-elle survenue après le début d’un traitement spécifique de l’AGC : – si oui, combien de temps après le début (*en jours*) :

*Commentaires* sur survenue (*circonstances, etc.*) :

**Diagnostic différentiel** initial évoqué ? – si autre, préciser :

**Biopsie de la lésion nécrotique** réalisée : – si oui, localisation :

*Résultats (ou copie de CR):*

* Caractéristiques :
* **Nécrose de scalp**: *Taille* (cm x cm) : – *Nombre* :

*Siège*: temporal  – pariétal  – occipital – frontal  / unilatéral – bilatéral

*Complications* :

* **Nécrose de langue** : – **Nécrose labiale** :
* **Prise en charge**(hors traitement systémique détaillé ci-dessous):

Délai de guérison de la nécrose (*en mois*) :

*Commentaires (détails descriptifs  [si nécrose labiale ou linguale, latéralité, supérieure ou inférieure , dimensions] ; évolution ; etc.)* *:*

**Avez-vous des photographies ?**  **–** il est possible de nous les adresser en pièces jointes

# Traitement

* Corticothérapie :

**Bolus de méthylprednisolone :**   **Corticoïdes :** molécule choisie – dose initiale (mg/kg/j):

Date d’introduction(*JJ/*MM/AAAA) :  – date 1ère d’interruption(*JJ*/MM/AAAA):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| dose CTC à M6 – | dose CTC à M12 – | dose CTC à M24– |

* Traitement immunosuppresseur introduit entre M0 et M24 :

**Molécule choisie :**  **–** indication(s) :

Date d’introduction (*JJ*/MM/AAAA) : – date d’interruption (*JJ/*MM/AAAA): ou en cours à M24 :

*Commentaires* :

* Traitements adjuvants :

Aspirine ou autre AAG  – Anticoagulation curative  – Statines

*Commentaires* :

# Evolution de l'artérite à cellules géantes

* ***Rechutes***: – si oui :

Date de la (les) rechute (s) (*JJ*/MM/AAAA) :

**Traitement à la rechute**  : – posologie Prednisone à la rechute :

*Commentaires* :

**Caractéristiques à la rechute :**

|  |  |
| --- | --- |
| Rechute clinique |  |
| * **Récidive nécrose scalp/linguale/labiale** | ***–*** si oui : |
| Rechute biologique |  |
| Rechute sur données de l’imagerie |  |
| Autre : préciser |  |

**Adaptation thérapeutique à la rechute** : – précisions (*IS rajouté, posologie*) :

# Évènements intercurrents

* Événements vasculaires :

Type d’évènement : – préciser le délai depuis le diagnostic (*mois*) :

*Commentaires* (si plusieurs événements, mentionner ici):

* Décès :

Cause de décès : – date de décès (MM /AAAA) :

*Commentaires*:

# Suivi à M24 – dernières nouvelles

* A M24

**Date** (MM/AAAA):  – **statut** : – **Vascularite contrôlée ?**

**Traitement**  (avec posologie) :

* **Nécrose du scalp /linguale/ labiale à M24** :
* Aux dernières nouvelles :

**Date** (MM/AAAA):  – **statut** : – **Vascularite contrôlée ?**   **Traitement**  (avec posologie) :

* **Nécrose du scalp /linguale/ labiale aux dernières nouvelles** :

Commentaires et précisions :

# Commentaires/Questions/Précisions