

<b>SCLERODERMIE SYSTEMIQUE, POLYARTHRITE ET ANTI-TNF</b>
--

Cette fiche de recueil est à adresser au Professeur J. CABANE

Adresse : Hôpital Saint Antoine, Service de Médecine Interne - pavillon Horloge 2 - 184 rue du Faubourg Saint-Antoine 75571 PARIS cedex 12

Mail : jean.cabane@sat.aphp.fr

Fax : +33(0)149282652

**NOM (3 1ères lettres):** .....

**Prénom (3 1ères lettres):** .....

**Sexe :** .....

**Date de Naissance :** .....

**Médecin :**

**Mail :**

**Date de début de la maladie :** ...../...../.....

**Type de sclérodémie systémique :**     limitée                       cutanée limitée                       diffuse

**Maladie auto-immune associée**     Sjögren     Lupus     autres : .....

**Tabac :**                                       oui                                       non

Si oui, nombre de paquets année : .....

tabagisme ancien                       oui                                       non                      Si oui, arrêt depuis .....ans

**Exposition aux toxiques :**                                       oui                                       non

Si oui :  solvants                       anorexigènes                       silice

Si autres types de toxiques : .....

**Date du début du syndrome de Raynaud :** ...../...../..... (JJ/MM/AA)

<u>Antécédents:</u>	Oui	Non
---------------------	-----	-----

Antécédent d'ulcération pulpaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Antécédent de télangiectasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------

Antécédent de douleur tendineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Antécédent de reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Antécédent d'arthralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Antécédent d'arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent de myalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent de myosite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent de calcinose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent de fibrose pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ETAT AU DEBUT DU TRAITEMENT ANTI-TNF $\alpha$**

1.  $\alpha$  Poids : ..... (kgs)       $\alpha$  Taille : ..... (cm)

**2. Index de Karnofsky :**

- 100 – Etat normal, aucune plainte
- 90 – Capable de mener une activité normale, légers signes et symptômes de la maladie
- 80 – Activité normale avec effort, signes ou symptôme de la maladie
- 70 – Conserve son autonomie, incapable de mener une activité normale ou d’effectuer un travail actif
- 60 – Ambulatoire, nécessite une certaine aide pour les activités de la vie quotidienne et la toilette
- 50 – Nécessite une aide considérable ou des soins médicaux fréquents
- 40 – Invalide, nécessite des soins spéciaux
- 30 – Gravement invalide, l’hospitalisation est indiquée mais le pronostic vital n’est pas en jeu
- 20 - Très malade, l’hospitalisation et un traitement de soutien actif sont très impératifs
- 10 – Moribond
- 0 – Décédé

**3. Durant le mois dernier :**

- |  | <b>oui</b>               | <b>non</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - L'état de la peau s'est-il aggravé ?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le phénomène de Raynaud s'est-il aggravé ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L' état cardio-pulmonaire s'est-il aggravé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4. Traitements :**

- Associés au moment de la mise sous anti-TNF? antérieurs ?**  Corticoïdes :      mg/j,       Endoxan,  
 MTX,       Autres.....
- IEC lequel ?       ARA2 ?       AVK      lequel ?
- Inhibiteurs calciques lequel ?
- Tracleer       Revatio
- Iloprost       IPP : molécule, dose

**5. Dyspnée NYHA :** entourer la classe correspondante

Classe I	L’activité physique ordinaire n’entraîne pas de dyspnée excessive de fatigue, de douleur angineuse ni sensation pré-syncopale
Classe II	Pas de symptômes de repos mais l’activité ordinaire entraîne une dyspnée ou un fatigue excessive, des douleurs angineuses ou une Sensation pré-syncopale
Classe III	Pas de symptômes au repos mais une activité physique minimale entraîne une dyspnée ou une fatigue excessive, des douleurs angineuses ou une sensation pré-syncopale
Classe IV	Ce patient présente des signes d’insuffisance cardiaque droite. La dyspnée et/ou la fatigue peuvent être présentes au repos mais les symptômes sont aggravés pour tout type d’activité physique



11.	Oui	Non
Pyrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysphagie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sub-occlusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colopathie fonctionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragie digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scléroedème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ECHOCARDIOGRAMME : Photocopier le compte rendu (à faxer)

EPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES : Photocopier le compte rendu (à faxer)

SCANNER Pulmonaire : photocopier le compte rendu

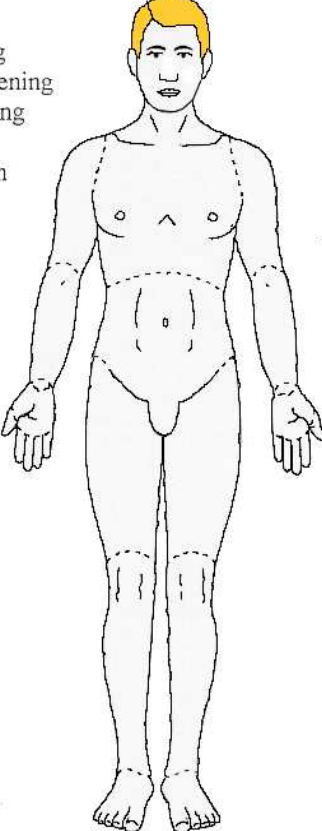
Score de Rodnan :

Préciser si non disponible :

Name:

Datum:

**MODIFIED RODNAN SKIN SCORE**

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> </table>	0	1	2	3	<p>Uninvolved</p> <p>Mild thickening</p> <p>Moderate thickening</p> <p>Severe thickening</p>		<p>Face <input type="checkbox"/></p> <p>Upper arm <input type="checkbox"/></p> <p>Anterior chest <input type="checkbox"/></p> <p>Forearm <input type="checkbox"/></p> <p>Hand <input type="checkbox"/></p> <p>Fingers <input type="checkbox"/></p> <p>Thigh <input type="checkbox"/></p> <p>Leg <input type="checkbox"/></p> <p>Foot <input type="checkbox"/></p>
0							
1							
2							
3							

Total Skin Score .....

**POLYARTHRITE**

Date d'apparition des arthralgies :

Diagnostic de polyarthrite :

Anti-CCP positif/négatif:

Facteur Rhumatoïde : positif/négatif

DAS 28-VS ou DAS28-CRP :

EVA douleur/globale par le patient

VS=            CRP en mg/L=

Index articulaire/28

Index de synovites/28

Présence d'érosions sur les radiographies : Oui/Non

**TRAITEMENT ANTI-TNF  $\alpha$** Molécule:  Enbrel Remicade Humira

Dose :

Traitement débuté le :

Cotraitements:

**VISITES DE SUIVI (photocopier cette feuille autant que de besoin)**

VISITE DU.....(1° 3° 6° 12° mois et au-delà) :

**SCLERODERMIE**

1.

☒ Poids :..... (kgs)      ☒ Taille : ..... (cm)

**2. Index de Karnofsky :**

- 100 – Etat normal, aucune plainte
- 90 – Capable de mener une activité normale, légers signes et symptômes de la maladie
- 80 – Activité normale avec effort, signes ou symptôme de la maladie
- 70 – Conserve son autonomie, incapable de mener une activité normale ou d'effectuer un travail actif
- 60 – Ambulatoire, nécessite une certaine aide pour les activités de la vie quotidienne et la toilette
- 50 – Nécessite une aide considérable ou des soins médicaux fréquents
- 40 – Invalide, nécessite des soins spéciaux
- 30 – Gravement invalide, l'hospitalisation est indiquée mais le pronostic vital n'est pas en jeu
- 20 – Très malade, l'hospitalisation et un traitement de soutien actif sont très impératifs
- 10 – Moribond
- 0 – Décédé

**3. Durant le mois dernier :**

- |   | <b>oui</b>               | <b>non</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - L'état de la peau s'est-il aggravé ?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le phénomène de Raynaud s'est-il aggravé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'état cardio-pulmonaire s'est-il aggravé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4. Traitements :**

- ☐ Corticoïdes : mg/j,      ☐ Endoxan,      ☐ MTX,      ☐ Autres.....
- ☐ IEC                              ☐ AVK                              ☐ Inhibiteurs calciques
- ☐ Tracleer                              ☐ Revatio
- ☐ Iloprost
- ☐ IPP : molécule, dose

**5. Dyspnée NYHA :**

Classe I	L'activité physique ordinaire n'entraîne pas de dyspnée excessive de fatigue, de douleur angineuse ni sensation pré-syncopale
Classe II	Pas de symptômes de repos mais l'activité ordinaire entraîne une dyspnée ou une fatigue excessive, des douleurs angineuses ou une Sensation pré-syncopale
Classe III	Pas de symptômes au repos mais une activité physique minimale entraîne une dyspnée ou une fatigue excessive, des douleurs angineuses ou une sensation pré-syncopale
Classe IV	Ce patient présente des signes d'insuffisance cardiaque droite. La dyspnée et/ou la fatigue peuvent être présentes au repos mais les symptômes sont aggravés pour tout type d'activité physique

**VISITES DE SUIVI (photocopier cette feuille autant que de besoin)**

VISITE DU.....( 1° 3° 6° 12 ° mois et au-delà). ;

<b>6. Signes cliniques :</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
Insuffisance ventriculaire droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur angineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipothymie d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncope d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatalgie d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oedèmes des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux hépato-jugulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turgescence jugulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crépitants des bases pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Raynaud : durant le mois dernier**

Fréquence : par semaine

<b>9. <u>Ulcération digitale</u> :</b>	<b>Présent</b>	<b>Absent</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Main gauche</b>						<b>Main droite</b>						
Pouce	Index	Majeur	Annul.	Auric.		Pouce	Index	Majeur	Annul.	Auric.	Nbre	
					Cicatrice pulp. d'excrétion*							
					Cicatrice pulp. Vasculaire**							
					Ulcérations							
					Infarctus digital***							
					Gangrène digitale****							

\* crevasse superficielle

\*\* cicatrice érythémateuse en cours d'amélioration

\*\*\* aspect « noir » localisé du doigt (ponctuel)

\*\*\*\* aspect « noir » localisé de l'ensemble du doigt

**VISITES DE SUIVI (photocopier cette feuille autant que de besoin)**

VISITE DU.....(1° 3° 6° 12° mois et au-delà). ;

11.

Name:

Datum:

- Pyrosis
- Dysphagie
- Sub-occlusion
- Incontinence an
- Colopathie fonct
- Hémorragie dige
- Scléroedème

ECHOCARDIO  
 EPREUVES FO  
 SCANNER Pulr

**MODIFIED RODNAN SKIN SCORE**

- 0
- 1
- 2
- 3

- Uninvolved
- Mild thickening
- Moderate thickening
- Severe thickening

Upper arm

Face

Upper arm

Anterior chest

Abdomen

Forearm

Forearm

Hand

Hand

Fingers

Fingers

Thigh

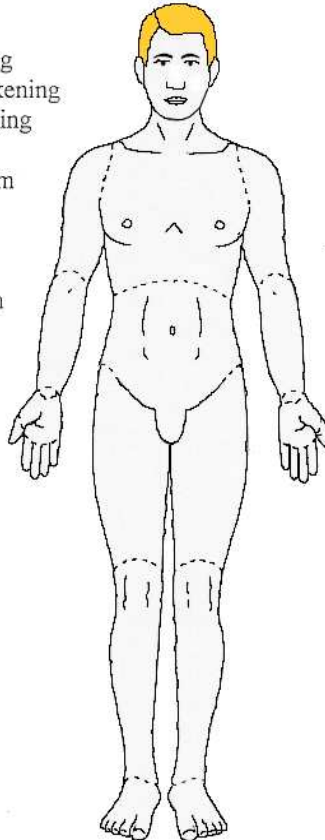
Thigh

Leg

Leg

Foot

Foot



Total Skin Score .....

**VISITES DE SUIVI (photocopier cette feuille autant que de besoin)**

VISITE DU..... ( 1° 3° 6° 12 ° mois et au-delà) . ;

## POLYARTHRITE

DAS 28VS ou DAS28 CRP

EVA globale par le patient

VS= CRP en mg/L=

Indice articulaire/28 =

Indice synovial/28=

### TRAITEMENT ANTI-TNF reçu

Dose instantanée d'anti-TNF au moment de cette visite :

Dose totale cumulée d'anti-TNF au moment de cette visite :

### TOLERANCE

effets indésirables médicamenteux (si oui, à préciser, en joignant le compte rendu)

○ Infectieux

- Tuberculose pulmonaire       Tuberculose extra-pulmonaire
- Autre infection :

○ pneumopathie interstitielle

- De novo       Aggravation d'atteinte pulmonaire préexistante       Réversible       Non réversible

-

○ autre (inclut tout événement indésirable même sans rapport apparent avec anti-TNF):

○ différencier pour chaque s'il s'agit d'effets II

- mineurs (pas de modif du schéma de traitement, pas de traitement spécifique)
- modérés (décalage de schéma anti-TNF, tt ambulatoire)
- ou sévères (arrêt temporaire ou définitif de l'anti-TNF, hospitalisation)
- imputabilité à l'anti-TNF : certaine, probable, possible , peu probable, nulle

**SI ARRÊT du TRAITEMENT Anti-TNF, date et motif :**

**SI POURSUITE DU TRAITEMENT**

TRAITEMENT ANTI-TNF α prescrit

Molécule:

Dose :

Traitement débuté le :

Cotraitements :

