

Fiche MAIL

Maladies Auto-Immunes et Lymphome

Nom I _ I I _ I (2 1^{ères} lettres) Prenom I _ I (1^{ère} 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^{ère} ligne de traitement (J1C1):

• Réponse Lymphome à la 1^{ère} 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^{ème} ligne : dose : Fréquence : durée :

• Réponse Lymphome à la 2^{ème} 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

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