

MALADIE DE SHULMAN
PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

A ADRESSER PAR MAIL, COURRIER OU FAX AU :

Elina ZUELGARAY
Dermatologie Hôpital Saint Louis
Hôpital Saint-Louis
1 Avenue Claude Vellefaux
75010 Paris
Fax : 01 42 49 40 38
Email : elinazuelgaray@gmail.com

Ou

Pr Damien SENE
Médecine Interne Lariboisière
Hôpital Lariboisière
2 Rue Ambroise Paré
75010 Paris
Fax : 01 49 95 63 93
Email : damien.sene@aphp.fr

Ou

Dr Marie JACHIET
Dermatologie Hôpital Saint Louis
Hôpital Saint-Louis
1 Avenue Claude Vellefaux
75010 Paris
Fax : 01 42 49 40 38
Email : marie.jachiet@aphp.fr

NOM DU MEDECIN REFERENT

EMAIL :

ADRESSE POSTALE

Tel :

Fax :

MERCI DE PENSER A NOUS ADRESSER UNE COPIE DE L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE
DE LA BIOPSIE CUTANEO-FASCIO-MUSCULAIRE

MALADIE DE SHULMAN
PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

Nom (3 premières lettres)

Prénom (3 premières lettres) :

Date de Naissance : ../. ../.

Sexe : M F

Ethnie : Europe Maghreb Afrique Subsaharienne Asie Autre :

Poids :kg

ANTECEDENTS :

- ***Médicaux et chirurgicaux***

- ***Médicaments pris au moment du diagnostic + date de début :***

Traumatisme/effort musculaire avant le début des symptômes : OUI

NON

Date de début des symptômes :

Date de diagnostic :

Premier(s) : symptômes révélateurs :

Cutanés	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Musculaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Articulaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

SYMPTOMES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC ET A LA DERNIERE EVALUATION

Paramètres	DIAGNOSTIC	Dernière évaluation
Amaigrissement		
Asthénie		
Fièvre		
MUSCULAIRES		
Myalgies		
Rétraction tendineuse		
Syndrome des loges		
Localisations		
<i>Membres supérieurs</i>		
Bras		
Avant-bras		
Main		
<i>Membres inférieurs</i>		
Cuisses		
Jambes		
Pieds		
Axial		
CUTANES		
Signes cutanés		
Œdème		
Sclérose cutanée		
Peau orange		
Signe du canyon (Veines en creux)		
Syndrome de Raynaud		
Morphée		
Hyperpigmentation		
Localisations		
<i>Membres supérieurs</i>		
Bras		
Avant-bras		
Main		

	<i>Membres inférieurs</i>		
	Cuisses		
	Jambes		
	Pieds		
	<i>Dos</i>		
	<i>Abdomen</i>		
	<i>Visage</i>		
Signes articulaires			
	Arthralgies		
	Arthrites		
	Ténosynovites		
Localisation			
	Epaules		
	Coudes		
	Poignets		
	Mains		
	Genoux		
	Chevilles		
	Pieds		
NEUROLOGIQUES			
	Déficit moteur		
	Déficit sensitif		
	Paresthésies		
ATTEINTE VISCERALE			
	Cardiaque (préciser)		
	Pulmonaire (préciser)		
	Autre :		

BIOLOGIE

Paramètres	DIAGNOSTIC
HEMOGRAMME	
Leucocytes, G/L	
Eosinophiles, G/L	
PNN, G/L	
Lymphocytes, G/L	
Hémoglobine (g/dl)	
VGM (fl)	
Plaquettes (G/L)	
ENZYMES	
CPK (U/l)	
Aldolase (U/l)	
ASAT (U/l)	
ALAT (U/l)	
LDH (U/L)	
BIOCHIMIE	
CRP, mg/l	
Fibrinogène, g/l	
VS (mm H1)	
Gammaglobulines, g/l	
Albumine g/l	
Créatinine, μ mol/L	
Calcémie, mmol/L	

		DIAGNOSTIC
IMMUNOLOGIE		
Positif ou négatif		
	FAN (titre)	
	ANTI-ADN	
	ANTI-ECT	
	ANCA	
	C3, g/l	
	C4, g/l	
	CH50	
	Facteur rhumatoïde	

ELECTROMYOGRAMME (merci de fournir une copie des résultats)

Syndrome neurogène : OUI NON
Syndrome myogène : OUI NON
Canal carpien : OUI NON

BIOSPIE MUSCULAIRE (merci de fournir une copie des résultats)

OUI NON
Localisation :
Fasciite : OUI NON
Morphée (derme) : OUI NON
Fibrose du fascia : OUI NON
Infiltrats musculaires : OUI NON
Nécrose : OUI NON
Myosite interstitielle : OUI NON

Types de cellules dans les infiltrats :

EOSINOPHILES : OUI NON
LYMPHOCYTES : OUI NON
PLASMOCYTES : OUI NON
AUTRES : OUI NON

BIOPSIE CUTANEE (merci de fournir une copie des résultats)

OUI NON
Site de la biopsie :
Infiltrat inflammatoire OUI NON
EOSINOPHILES OUI NON
LYMPHOCYTES OUI NON
PLASMOCYTES OUI NON
Localisation : Derme OUI NON
Hypoderme OUI NON
Fascia OUI NON
Fibrose OUI NON
Localisation : Derme OUI NON
Hypoderme OUI NON
Fascia OUI NON

IRM musculaire (merci de fournir une copie des résultats)

OUI NON

IRM pathologique OUI NON

Rehaussement fascia OUI NON

Rehaussement musculaire OUI NON

Infiltration graisse OUI NON

Capillaroscopie (merci de fournir une copie des résultats)

OUI NON

Résultats :

.....
.....

Myélogramme (merci de fournir une copie des résultats)

OUI NON

Résultats :

.....
.....

Hémopathie / Cancer solide / Maladie auto-immune / Infection associés

OUI **NON**

Type :

Date du diagnostic :

RECAPITULATIF DES TRAITEMENTS

CORTICOTHERAPIE

OUI

NON

DOSE INITIALE DE CTC (préciser la dose en mg par jour) :

DATE DE DEBUT :

DATE DE FIN :

Si non sevré à la dernière évaluation, dose de fin de traitement :

BOLUS DE SOLUMEDROL

OUI

NON

(si oui, préciser nombre, dose et raison) :

IMMUNO-SUPPRESSEUR/MODULATEUR D'EMBLEE

OUI

NON

Si oui, préciser la raison :

TRAITEMENT :

Posologie :

Date de début :

Date de fin de tt :

REPONSE THERAPEUTIQUE A LA PREMIERE LIGNE DE TRAITEMENT

Réponse Complète (disparition de tous les symptômes cliniques/bio/morpho)

OUI

NON

Réponse incomplète (présence de séquelles définitives : rétraction tendineuse, sclérose cutanée définitive)

OUI

NON

Echec de traitement (persistance de signes cliniques/bio/morpho d'activité)

OUI

NON

Rechute

OUI

NON

Date :

2nde LIGNE DE TRAITEMENT

IMMUNO-SUPPRESSEUR/MODULATEUR EN SECONDE LIGNE OUI NON

Si oui, préciser la raison :

Si non, passer à la dernière page

TRAITEMENT :

Posologie :

Date de début :

Date de fin de tt :

REPONSE THERAPEUTIQUE A LA 2nde LIGNE DE TRAITEMENT

Réponse Complète (disparition de tous les symptômes cliniques/bio/morpho)

OUI NON

Réponse incomplète (présence de séquelles définitives : rétraction tendineuse, sclérose cutanée définitive)

OUI NON

Echec de traitement (persistance de signes cliniques/bio/morpho d'activité)

OUI NON

Rechute

OUI NON

Date :

3^{ème} LIGNE DE TRAITEMENT

IMMUNO-SUPPRESSEUR/MODULATEUR EN 3^{ème} LIGNE OUI NON

Si oui, préciser la raison :

Si non, passer à la dernière page

TRAITEMENT :

Posologie :

Date de début :

Date de fin de tt :

REPONSE THERAPEUTIQUE A LA 3^{ème} LIGNE DE TRAITEMENT

Réponse Complète (disparition de tous les symptômes cliniques/bio/morpho)

OUI NON

Réponse incomplète (présence de séquelles définitives : rétraction tendineuse, sclérose cutanée définitive)

OUI NON

Echec de traitement (persistance de signes cliniques/bio/morpho d'activité)

OUI NON

Rechute

OUI NON

Date :

FIN DE SUIVI : date des dernières nouvelles

Préciser la date :

REPONSE THERAPEUTIQUE A LA FIN DU SUIVI

Réponse complète (disparition de tous les symptômes cliniques/bio/morpho)

OUI NON

Réponse incomplète (présence de séquelles définitives : rétraction tendineuse, sclérose cutanée définitive)

OUI NON

Echec de traitement (persistance de signes cliniques/bio/morpho d'activité)

OUI NON

Décès

OUI NON

Cause :

Détailler les séquelles :

.....
.....