

**Appel à observations**  
**Étude SCLEROS**  
**Sclérodermie et ostéite**

- Docteur Benjamin Chaigne : [benjamin.chaigne@aphp.fr](mailto:benjamin.chaigne@aphp.fr); Tél : 0158414117
  
- Docteur Cyril Cosse : [cyril.cosse@gmail.com](mailto:cyril.cosse@gmail.com); Tél : 0674376565

-

I. Coordonnées du médecin en charge du patient

Hôpital : \_\_\_\_\_

Service clinique : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

II. Identité du patient

Nom (2 premières lettres) : \_\_\_\_ \_\_\_\_

Prénom (2 premières lettres) : \_\_\_\_ \_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ Age : \_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin

Ethnie : Caucasien  Africain  Asiatique  Hispanique

III. Caractéristiques des patients :

Antécédent notable : oui  Non

Si oui, précisez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Déficit immunitaire : oui  Non

Si oui, précisez :

---

---

---

---

Pathologies favorisant l'ostéite : oui  Non

Diabète : oui  Non

Alitement prolongé : oui  Non

Autres : précisez

---

---

---

---

Poids : \_\_ \_\_ \_\_ kg

Taille : \_\_, \_\_ \_\_ m

IMC : \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ kg/m<sup>2</sup>

Consommation tabagique actuelle : oui  Non  Sevré

Si oui, quantification : \_\_ \_\_ \_\_ PA

#### IV. Traitement en cours

i. *Des comorbidités (non immunosuppresseur)*

Nom	Indication	Posologie


Immunosuppresseurs en cours : oui  Non

Si oui, précisez :

---



---



---

Corticothérapie en cours : oui  Non

Si oui, posologie quotidienne : \_\_\_\_\_

ii. *Historique des traitements dans le cadre de la sclérodermie*

	Posologie	Date de début	Date de fin	Tolérance
Mycophénolate mofétil				
Endoxan				
Azathioprine				
Corticothérapie				
Méthotrexate				
Rituximab				
Autre :				

V. Caractéristiques de la sclérodermie

Date de début du Raynaud : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Date du 1<sup>er</sup> symptôme hors Raynaud : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Durée d'évolution de la sclérodermie au moment de l'ostéite : \_\_ \_\_ mois

Forme clinique : cutanée diffuse  cutanée limitée  sine scleroderma

Auto-immunité :

- Facteur antinucléaire : oui  Non

Si oui, aspect : \_\_\_\_\_

Si oui, titre : \_\_\_\_\_

- Anticorps anti centromère : oui  Non

- Anticorps anti topoisomérase I : oui  Non

- Anticorps anti RNA polymérase III : oui  Non

- Autres : \_\_\_\_\_ : oui  Non

VI. Manifestations cliniques de la sclérodermie :

	Au diagnostic de sclérodermie	Au diagnostic d'ostéite
Syndrome de Raynaud	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ulcère digital : ATCD	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Actif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Cicatrisé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Télangiectasie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Calcinose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
PID	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DLCO	___ ___ %	___ ___ %
CVF	___ ___ %	___ ___ %
mRSS	___ ___ /51	___ ___ /51
Reflux gastro-œsophagien	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Friction tendineuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Arthrose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Arthrite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Myalgie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ouverture buccale	___ ___ mm	___ ___ mm
HTAP	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
PAPs	___ ___ mmHg	___ ___ mmHg
ETT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Crise rénale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Doigts boudinés	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sclérodactylie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sclérose cutanée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Atteinte œsophagienne	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Capillaroscopie pathologique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

VII. Ostéite

i. *Caractérisation*

Nombre d'épisodes : \_\_ \_\_

Localisation (s) :

---

---

---

---

Présence d'une calcinose en regard : oui  Non

Présence d'un ulcère digital en regard : oui  Non

Si oui, ulcère digital : cicatrisé  actif

Durée d'évolution de l'ulcère digital : \_\_ \_\_ \_\_ mois

Présence de matériel sous-jacent : oui  Non

Si oui, précisez la nature / le type :

---

---

ii. *Diagnostic clinique*

Délai de survenue par rapport au diagnostic de sclérodermie : \_\_ \_\_ mois

Durée d'évolution : \_\_ \_\_ \_\_ mois / jours (rayer la mention inutile)

Présentation clinique :

Fréquence cardiaque	__ __ __ bpm
Tension artérielle	__ __ __ / __ __ __
T°C	__ __, __ °C

Glycémie	___, ___ mmol/L ou ___, ___ g/L
Douleur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Impotence fonctionnelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Écoulement purulent	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Œdème	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Érythème	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Chaleur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Porte d'entrée clinique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, préciser : _____

iii. *Diagnostic paraclinique*

a) Biologie

CRP	___, ___ ng/mL
	Valeur augmentée : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hyperleucocytose à PNN	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	_____ / mm <sup>3</sup>
Hémoglobine	___, ___ g/dL
Plaquettes	_____ / mm <sup>3</sup>

b) Microbiologie

Documentation microbiologique : oui  Non

Prélèvement superficiel	Réalisé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Méthode de prélèvement : <input type="checkbox"/> écouvillon <input type="checkbox"/> autre : _____	Germe(s) retrouvé(s) :
	Contributif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		



Prélèvement local	Réalisé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Méthode de prélèvement :  <input type="checkbox"/> écouvillon <input type="checkbox"/> autre : _____	Germe(s) retrouvé(s) :
	Contributif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Prélèvement profond	Réalisé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Méthode de prélèvement :  <input type="checkbox"/> écouvillon <input type="checkbox"/> autre : _____	Germe(s) retrouvé(s) :
	Contributif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Aspiration à l'aiguille fine	Réalisé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Germe(s) retrouvé(s) :
	Contributif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Prélèvement chirurgical	Nature :		Germe(s) retrouvé(s) :
	Réalisé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Contributif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Hémoculture	Réalisé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Germe(s) retrouvé(s) :
	Contributif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Nb de paires : __ __		
Autre type de prélèvement	Type :		Germe(s) retrouvé(s) :

	Contributif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
--	--	--

c) Examen radiologique

Echodoppler Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Compte rendu :
Scintigraphie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : <hr/> <hr/> <hr/>	Compte rendu :
Radiographie standard Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Compte rendu :
IRM Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Compte rendu :
TDM <hr/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Compte rendu :

iv. *Traitement*

Médical : oui  Non

Chirurgical : oui  Non

Nom du chirurgien : \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Délai depuis le diagnostic d'ostéite : \_\_ \_\_ j

	Molécule (Voie d'administration)	Posologie	Date de début	Date de fin
Antalgique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Antibiotique 1 : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Antibiotique 2 : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Antibiotique 3 : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Antibiotique 4 : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Antibiotique 5 : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Autre : _____				
Autre : _____				
Soins locaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Préciser :	
Immobilisation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Durée : __ __ j	
Lavage articulaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Préciser :	
Synovectomie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Préciser :	

Autre traitement chirurgical	Préciser :	
Biopsie peropératoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :
Type de prélèvement	Os <input type="checkbox"/> Tissu mou <input type="checkbox"/>	
Discussion pluridisciplinaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :
Avis de l'équipe d'infectiologie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Délai par rapport au diagnostic : __ __ j

v. *Évolution*

Délai d'évaluation : \_\_ \_\_ mois / jours (rayer la mention inutile)

Guérison	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amélioration clinique
		<input type="checkbox"/> Cicatrisation d'un ulcère en regard
		<input type="checkbox"/> Amélioration radiologique
		<input type="checkbox"/> Amélioration biologique
Récidive	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nb de récurrences : __ __
		Localisation : _____
		Délai entre 2 épisodes d'ostéite : __ __ j / m
Séquelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Type : _____
Autre épisode d'ostéite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Délai entre 2 épisodes d'ostéite : __ __ j / m
		Localisation : _____
		Prise en charge médicale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser : _____ _____

		Prise en charge chirurgicale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser : _____ _____
--	--	---

Délai d'évaluation : \_\_ \_\_ mois / jours (rayer la mention inutile)

Autre épisode d'ostéite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Délai entre 2 épisodes d'ostéite : __ __ j / m
		Localisation : _____
		Prise en charge médicale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser : _____ _____
		Prise en charge chirurgicale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser : _____ _____

Accepteriez-vous de nous faire parvenir :

- Les comptes rendus médicaux d'hospitalisation du / de la patient(e)
- Les comptes rendus d'imagerie du / de la patient(e)
- Les comptes rendus opératoires du/ de la patiente

Si oui pourriez-vous les adresser par mail à Benjamin Chaigne  
(benjamin.chaigne@aphp.fr)

Merci pour votre participation !