

**Etude de la prise en charge thérapeutique des thromboses veineuses
profondes de la maladie de Behçet**

A renvoyer à Audrey HERMANT : aud.hermant@gmail.com

ou Benjamin TERRIER : benjamin.terrier@aphp.fr ou par fax au 0158411450

Objectifs :

- 1) Décrire la prise en charge thérapeutique de ces atteintes
- 2) Décrire les durées de traitements pratiquées et les rechutes ultérieures
- 3) Identifier des paramètres liés à la maladie ou au traitement impactant le risque de rechute

DEMOGRAPHIE

Nom (3 lettres) : [][][]

Prénom (2 lettres) : [][]

Âge (années) : [][]

Sexe : Homme Femme

Statut tabagique au diagnostic : Fumeur actif Sevré Jamais

Poids : kg

Nom et email du médecin référent :

Ville :

DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE BEHCET

Date du diagnostic de la maladie de Behçet (MM/AAAA) : [][]/[][][][]

	Critères de classification	Oui	Non	Décrire type d'atteinte
1	Atteinte oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Aphthose buccale récidivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Aphthose génitale récidivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Lésions cutanées (érythème noueux, pseudo-folliculite, lésions papulo-pustuleuses, nodules acnéiformes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Manifestations neurologiques centrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Atteinte vasculaire artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Test pathergique positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Détails sur les atteintes de la maladie de Behçet

Manifestations oculaires : Oui Non Si oui : Inaugural Au cours du suivi
Type d'atteinte oculaire : Uvéite antérieure Uvéite postérieure
Vascularite rétinienne Œdème maculaire Menace maculaire
Acuité visuelle la plus mauvaise au diagnostic d'uvéite :

Manifestations neurologiques centrales : Oui Non
Type d'atteinte du SNC :

Manifestations artérielles : Oui Non Si oui : Inaugural Au cours du suivi
Type d'atteinte vasculaire : Anévrisme Thrombus
Localisation de l'atteinte artérielle :

Manifestations veineuses : Oui Non Si oui : Inaugural Au cours du suivi
Type d'atteinte thrombotique : Superficielle Profonde
Localisation de thrombose veineuse profonde :

Atteinte cardiaque : Oui Non Si oui : Inaugural Au cours du suivi
Thrombose intra-cardiaque Fibrose endomyocardique
Myocardite Péricardite Valvulopathie spécifique

Atteinte rhumatologique : Oui Non Si oui : Inaugural Au cours du suivi
Atteinte axiale Arthralgies inflammatoires Arthrites

Manifestations digestives : Oui Non
Si oui, type d'atteinte :

TRAITEMENT ET EVOLUTION DE L'ATTEINTE VEINEUSE PROFONDE

Traitements utilisés pour traiter la thrombose veineuse profonde

Traitement	Dose max	Date de début	Date de fin	Remarque si nécessaire
Bolus Solumedrol/.../.....	.../.../.....
Prednisone/.../.....	.../.../.....
Colchicine/.../.....	.../.../.....
Aspirine/.../.....	.../.../.....
Azathioprine/.../.....	.../.../.....
Méthotrexate/.../.....	.../.../.....
Cyclophosphamide/.../.....	.../.../.....
Mycophénolate mofetil/.../.....	.../.../.....
Interferon-alpha/.../.....	.../.../.....
Adalimumab/.../.....	.../.../.....
Infliximab/.../.....	.../.../.....
Anti-IL-1/.../.....	.../.../.....
Anti-IL-6/.../.....	.../.../.....
AVK (lequel)	INR : .....	.../.../.....	.../.../.....	..... .....
AOD (lequel)/.../.....	.../.../.....
Autre :/.../.....	.../.../.....

Pour la prednisone, merci de préciser la dose reçue par le patient aux temps suivants :

J0	M6	M12	M18	M24
.....mg	.....mg	.....mg	.....mg	.....mg

Rechute de thrombose veineuse profonde : Oui Non

Si oui, date de la rechute (MM/AAAA) : [__] / [__] / [____]

Si oui, type de thrombose :

Si oui, merci de remplir la page suivante / Si non, la page suivante de doit pas être remplie

Traitements utilisés pour traiter la rechute thrombotique veineuse N°1

Traitement	Dose max	Date de début	Date de fin	Remarque si nécessaire
Bolus Solumedrol/.../.....	.../.../.....
Prednisone/.../.....	.../.../.....
Colchicine/.../.....	.../.../.....
Aspirine/.../.....	.../.../.....
Azathioprine/.../.....	.../.../.....
Méthotrexate/.../.....	.../.../.....
Cyclophosphamide/.../.....	.../.../.....
Mycophénolate mofetil/.../.....	.../.../.....
Interferon-alpha/.../.....	.../.../.....
Adalimumab/.../.....	.../.../.....
Infliximab/.../.....	.../.../.....
Anti-IL-1/.../.....	.../.../.....
Anti-IL-6/.../.....	.../.../.....
AVK (lequel)	INR : .....	.../.../.....	.../.../.....	.....
AOD (lequel)/.../.....	.../.../.....
Autre :/.../.....	.../.../.....

Pour la prednisone, merci de préciser la dose reçue par le patient aux temps suivants :

J0	M6	M12	M18	M24
.....mg	.....mg	.....mg	.....mg	.....mg

Rechute de thrombose veineuse profonde : Oui Non

Si oui, date de la rechute (MM/AAAA) : [_] [_] / [_] [_] [_] [_]

Si oui, type de thrombose :

Si oui, merci de remplir la page suivante / Si non, la page suivante de doit pas être remplie

Traitements utilisés pour traiter la rechute thrombotique veineuse N°2

Traitement	Dose max	Date de début	Date de fin	Remarque si nécessaire
Bolus Solumedrol/.../.....	.../.../.....
Prednisone/.../.....	.../.../.....
Colchicine/.../.....	.../.../.....
Aspirine/.../.....	.../.../.....
Azathioprine/.../.....	.../.../.....
Méthotrexate/.../.....	.../.../.....
Cyclophosphamide/.../.....	.../.../.....
Mycophénolate mofetil/.../.....	.../.../.....
Interferon-alpha/.../.....	.../.../.....
Adalimumab/.../.....	.../.../.....
Infliximab/.../.....	.../.../.....
Anti-IL-1/.../.....	.../.../.....
Anti-IL-6/.../.....	.../.../.....
AVK (lequel)	INR : .....	.../.../.....	.../.../.....	.....
AOD (lequel)/.../.....	.../.../.....
Autre :/.../.....	.../.../.....

Pour la prednisone, merci de préciser la dose reçue par le patient aux temps suivants :

J0	M6	M12	M18	M24
.....mg	.....mg	.....mg	.....mg	.....mg

Rechute de thrombose veineuse profonde : Oui Non

Si oui, date de la rechute (MM/AAAA) : []-[]-[]/[]-[]-[]-[]

Si oui, type de thrombose :

DERNIER SUIVI

Date du dernier suivi (MM/AAAA) : []-[]-[]/[]-[]-[]-[]

Statut vital : Vivant Décédé

Si décédé, cause du décès :