

# **Étude des phénotypes associés aux spécificités antigéniques des anti-PM/Scl**

Les auto-anticorps anti-PM/Scl ont été décrits dans diverses pathologies auto-immunes, principalement la sclérodémie systémique, les myopathies inflammatoires et les myosites de chevauchement. Cependant, leurs implications phénotypiques sont peu décrites, notamment concernant la double positivité anti-PM/Scl 75/100.

Cette étude a pour objectif d'élargir les données monocentriques du CHU de Poitiers afin d'e mieux caractériser les profils phénotypiques associés à ces auto-anticorps.

**Critère d'inclusion : Tout(e) patient(e) avec anti-PM/Scl 75 et/ou 100 positifs avec suivi d'au moins 12 mois**

**Critère de non inclusion : anti-PM/Scl-75 et/ou -100 douteux et/ou non confirmés**

Afin de participer à notre étude, merci de compléter cette fiche de recueil et nous la réadresser

Soit par mail : [mickael.martin@univ-poitiers.fr](mailto:mickael.martin@univ-poitiers.fr) ou [v.gokalsing@gmail.com](mailto:v.gokalsing@gmail.com)

Soit par courrier postal au Dr Mickaël MARTIN, Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers - 2 rue de la Milétrie – CS 90577, 86021 Poitiers cedex

En vous remerciant de votre intérêt à cette étude et de votre participation

Bien à vous

Virgile GOKALSING

Interne du D.E.S. de Médecine Interne et Immunologie Clinique

Dr Mickaël MARTIN, MD, PhD

MCU-PH Médecine Interne

Coordinateur local du D.E.S. de Médecine Interne et Immunologie Clinique



Nom et prénom de la personne remplissant cette fiche : .....

Adresse mail professionnelle de la personne remplissant cette fiche : .....

## Caractéristiques générales

Initiale du Nom : I\_I

Initiale du Prénom : I\_I

Date de naissance (MM/AAAA) : I\_I\_I\_I / I\_I\_I\_I\_I\_I

Femme :  Homme :

Indice de masse corporelle (kg/m<sup>2</sup>) : I\_I\_I\_I , \_I

Tabagisme : Actif ou sevré  Jamais

Antécédent de cancer/hémopathie maligne : Oui  Non

Si Oui, préciser type(s) : .....

## Caractéristiques immunologiques

Statut anti PM/Scl : 75  100  75 + 100

Anticorps associé(s) : Oui  Non  Non renseigné

Si Oui, préciser : SSA/Ro52  ADN natif  Mi2  PL12

Ku  RNP

Autre(s) : .....



## Diagnostic associé aux anti-PM/Scl

Sclérodermie systémique (ACR/EULAR 2013)    Oui  Non

Si OUI, préciser : cutanée limitée  Cutanée diffuse  *sine scleroderma*

Sclérodermie systémique limitée (précoce) (Leroy et al. 2001)    Oui  Non

Dermatomyosite                                    Oui  Non

LES    Oui  Non

Syndrome des anti-synthétases                Oui  Non

Syndrome de Sjögren                            Oui  Non

Thyroïdite                                        Oui  Non

Myosite de chevauchement                    Oui  Non

Syndrome de chevauchement                 Oui  Non

Si OUI, préciser maladies associées : .....

Connectivite indifférenciée                  Oui  Non

Autre(s)    Oui  Non

Si OUI, préciser : .....

Aucun diagnostic                                Oui  Non

Date du diagnostic de la maladie le cas échéant (MM/AAAA) : I\_I\_I\_I / I\_I\_I\_I\_I\_I

*Myosite de chevauchement : myopathie inflammatoire +  $\geq 1$  signe extra-musculaire, ne remplissant pas les critères pour une connectivite définie*

*Syndrome de chevauchement : myopathie inflammatoire associée avec une autre connectivite définie et/ou patient(e) remplissant les critères pour  $\geq 2$  connectivites définies*

*Connectivite indifférenciée : présence de signes et de symptômes évocateurs d'une maladie auto-immune systémique ne répondant pas aux critères de classification pour une connectivite donnée ni pour une myosite de chevauchement.*

## Caractéristiques thérapeutiques

Immunosuppresseur(s)/immunomodulateur(s) en cours    Oui  Non

Si Oui, préciser :

Hydroxychloroquine                      Oui  Non

Glucocorticoïdes                        Oui  Non

Si OUI, préciser dose actuelle (mg/j) : I\_\_I\_\_I\_\_I

Méthotrexate                            Oui  Non

Azathioprine                            Oui  Non

Mycophénolate Mofétil                Oui  Non

Ciclosporine                            Oui  Non

Rituximab                                Oui  Non

Anti TNF $\alpha$                             Oui  Non

IgIV                                        Oui  Non

Autre(s)                                  Oui  Non

Si OUI, préciser : .....

Traitement vasodilatateur (HTAP) en cours    Oui  Non

Si OUI, préciser : .....

## Évolution

Décès                                      Oui  Non     Non renseigné

Sous traitement                        Oui  Non     Non renseigné

Pas de traitement                      Oui  Non     Non renseigné

Durée du suivi médical (de la première à la dernière consultation en médecine interne)