

FORMULAIRE RCP MATHEC MALADIE CROHN

Ce formulaire, ainsi que ceux concernant les autres maladies auto-immunes, est téléchargeable sur :
<https://www.mathec.com/soignants/rcp-mathec/>

Pour chaque patient atteint de maladie de Crohn que vous souhaitez présenter en RCP MATHEC, merci de compléter ce formulaire et de le faire parvenir (8 à 3 jours avant la date prévue de la RCP) à l'adresse suivante : maimouna.camara2@aphp.fr ou par fax au **01.42.49.94.78**

Médecin Demandeur

Nom : Prénom :
Email :
Nom et adresse de l'hôpital :
Téléphone : Fax :

Patient présenté

Nom de naissance : Nom Usuel :
Prénom : Sexe :
Date de naissance : Profession :
Adresse :
Numéro de téléphone :

Patient déjà présenté en RCP MATHEC : ☐ non ☐ oui

Si oui :

Date :

Conclusion dernière RCP :

.....
.....
.....

DIAGNOSTIC ET PHENOTYPE DE LA MC

Date Diagnostic :

Age au diagnostic :

Classification de Montreal : A L B
(Annexe 1)

Score de Harvey-Bradshaw :
(Annexe 2)

Crohn's Disease Activity Index (CDAI): (date

Dernière exploration endoscopique :

Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale :

Date :

Iléo-coloscopie :

Date :

Score SES-CD :

Video-capsule (si relevant) :

Merci de joindre les CR

Dépistage dysplasie intestinale (dernier dépistage) :

Date :

Méthode :

Résultat :

Dernières explorations radiologiques :

Entéro-IRM/entéro-TDM

Date :

Résultat :

IRM périanale

Date :

Résultat :

Autre :

Examens biologiques : CRP : mg/L Albumine : g/L Calprotectine : µg/g

Autres comorbidités :

.....

Evolution de la MC depuis le diagnostic

Différentes lignes de traitements et complications survenues

Ligne(s) de traitement et raisons de leurs arrêts :

.....
.....
.....
.....
.....

Traitement(s) chirurgical/aux et montage actuel :

.....
.....
.....
.....

Longueur d'intestin grêle résiduel :

Symptômes obstructifs (syndrome de koenig) : oui non

Sténoses digestives (IRM, endoscopie) : oui non

 si oui, franchissables en endoscopie : oui non

 si oui, inflammatoires en IRM : oui non

Présence d'une maladie périanale : oui non

Si oui est-elle active (suppuration ?) :

Qualité du drainage vérifiée : oui non

Présence d'une entérostomie : oui non Si oui, topographie :

Malabsorption : oui non

si oui nutrition parentérale : oui non

Voie d'abord centrale : oui non Si oui, quel site et quel type :

Tabagisme : jamais actuel passé Date sevrage : Paquets/Année:

Localisation extra-digestive oui non Si oui, lesquelles :

Dernière évaluation

Date :

Poids : **Taille :** **IMC (kg/m²) :** **Performance Status (0-4) :**

Au plan cardiovasculaire

PAS : mmHg PAD : mmHg Fréquence cardiaque : batt/min
ECG :

Echographie cardiaque :

Date :

FEVG : % FR : % PAPsys : mmHg Vit d'IT : m/s

Dilatation des cavités :

Insuffisance valvulaire :

Epanchement péricardique : HTAP :

Au plan pulmonaire

Scanner thoracique : oui non Date :

Résultat :
.....

Epreuves fonctionnelles respiratoires :

Date :

Débit/volume	% Théorique
CVF	
VEMS	
VEMS/CV max	
Spirométrie lente	
CV max	
CPT	
VR	
Diffusion	
DLCO corrigée	
DLCO/VA corrigé	

Conclusion :
.....

Au plan biologique

Date :

Biochimie : Hb :..... g/dl GB :..... /mm³ Lymphocytes :..... /mm³
Plaquettes : /mm³ Créat :..... µmol/l Albumine :g/l

Bilan infectieux :

		Sérologie		PCR	
		Résultat	Date	Résultat	Date
VIH 1/2 Ag+Ac		positif négatif		positif négatif	
HTLV1/2		positif négatif		positif négatif	
CMV		positif négatif		positif négatif	
EBV		positif négatif		positif négatif	
HBV	Ac HBs	positif négatif		positif négatif	
	Ag HBs	positif négatif		positif négatif	
	Ac HBc	positif négatif		positif négatif	
	Ac HBe	positif négatif		positif négatif	
HCV		positif négatif		positif négatif	
HHV8		positif négatif		positif négatif	
HSV1/2		positif négatif		positif négatif	
Covid-19		positif négatif		positif négatif	
Toxoplasmose		positif négatif		positif négatif	
TPHA / VDRL		positif négatif		positif négatif	

Résultats toxine *Clostridium difficile* :

Myélogramme si antécédent d'exposition aux thiopurines :

Résultat
.....

Vaccination Hépatite B : oui non
Vaccination antipneumococcique : oui non
Vaccination antigrippale : oui non
Vaccination anticovid : oui non Nb injection :..... Date de la dernière injection :

TDM Sinus + Consultation ORL:

Date :

Panoramique dentaire + consultation stomatologie :

Date :

Consultation gynécologie + mammographie:

Date :

Traitements actuels :

Annexe I : Classification de Montréal permettant de classer les différents types de la Maladie de Crohn, selon l'âge au diagnostic, la topographie et l'évolution des lésions (d'après Satsangi et al.)

Classification de Montréal de la Maladie de Crohn

Critère		Montréal
Age au diagnostic (A)	< 17 ans	A1
	17-39 ans	A2
	≥ 40 ans	A3
Localisation (L)	Iléon	L1
	Côlon uniquement	L2
	Iléon et Colon	L3
	Tube digestif haut*	L4
Evolution (B)	Inflammatoire	B1
	Sténosante	B2
	Fistulisante	B3
Maladie Périnéale		p

* au-dessous de l'angle de Treitz

Annexe II : Score de Harvey-Bradshaw

Initiales du patient : [][][][] / [][][][]

N° du patient : [][][][] / [][][][][][]

Score de Harvey-Bradshaw :

Bien être général	0 bon 1 moyen 2 médiocre 3 intense 4 très mauvais	[][]
Douleur abdominale	0 aucune 1 légère 2 moyenne 3 sévère	[][]
Selles liquides (nombre par jour)		[][][]
Masse abdominale	0 aucune 1 douteuse 2 certaine 3 certaine et douloureuse	[][]
Signes extradigestifs : (1 point par item présent) Arthralgie, uvéite, kératite, érythème noueux, pyoderma, gangrenosum, aphtes buccaux, fissure anale, fistule, abcès		[][]
Total Score		[][][]

Réf : Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity. Lancet 1980;1:514.

Annexe III : Score de sévérité endoscopique de la Maladie de Crohn (Score SES-CD) d'après Daperno et al[29]

Score endoscopique simple pour la Maladie de Crohn : SES-CD

Variable	0	1	2	3
Taille de l'ulcère	Aucun	Ulcère aphteux ($\emptyset$ 0,1 à 0,5 cm)	Ulcère large ($\emptyset$ 0,5 à 2 cm)	Ulcère très large ($\emptyset >$ à 2 cm)
Surface ulcérée	Aucun	< 10 %	10-30%	>30 %
Surface atteinte	Nulle	< 50%	50-75%	>75 %
Présence de rétrécissement(s)	Aucun	Unique et franchissable	Multiplés et franchissables	Infranchissable