

1 avenue Claude Vellefaux
75475 PARIS Cedex 10
Standard : 01 42 49 49 49
International : 33 1 42 49 49 49

**UNITE DE MEDECINE INTERNE
ET PATHOLOGIE VASCULAIRE**

Nouveau Saint-Louis, Porte 1
Hospitalisation Lavande 6^{ème} étage
01 42 49 97 66

Pr Dominique FARGE-BANCEL*, PU-PH
Secrétariat : 01 42 49 97 67 / 64
Fax : 01 42 49 97 69 / 94 78

Dr Michele LAMURAGLIA*, CCA
Secrétariat : 01 42 49 97 67 / 64
Avis et urgence vasculaire, bip 622

Dr Sondess HADJ KHELIFA*, PA
01 42 38 50 93, bip 568
Fax : 01 42 49 97 69

Mme Yasmina CARRION*
Cadre Supérieur de Santé
01 42 49 43 68, bip 472

Mme Véronique DOUDOUX*
Mme Josette GUENHARO*
Cadres de Santé
01 42 49 97 55, bip 158

Mme Linda BELHOULI*
Mme Marion VANTOMME*
Assistentes Sociales
01 42 49 49 24

Mme Isabel FOSSE*
Psychologue Clinicienne
01 42 49 40 96

Mme Mebarka BETTAR*
Assistante de Recherche Clinique
01 42 38 50 93
Mme Julia RITTER*
Infirmière de Recherche Clinique
01 42 49 98 23, bip 712
Fax : 01 42 49 97 69

Consultation Polyclinique
Médico-Chirurgicale
Secrétariat : 01 42 49 97 64
Fax : 01 42 49 97 69
Bureau Central des Rendez-vous :
01 42 49 93 38

Explorations Fonctionnelles :
Accueil : 01 42 49 91 34
Secrétariat : 01 42 49 61 63

Vacataires Vasculaire :
Dr Aomar DAOUDI*
Dr Serge MUNTEAN*
Dr Anne ZUBER*

Vacataires Phlébologie :
Dr Corinne SALAMA*

Pour toute demande
d'hospitalisation :
01 42 49 49 49, bip 568 ou
01 42 49 47 45

Paris, le 27 septembre 2012

Cher(e) Collègue, Cher(e) Ami(e),

Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de la **RCP MATHEC (Thérapie Cellulaire et Maladies Auto-immunes MAI) du 06/09/2012**. Par ailleurs, sachant que différents membres ne peuvent se joindre à la téléconférence le jeudi, nous avons décidé de revenir aux pratiques **du mercredi** avec une RCP nationale qui **se déroulera de 14h à 15h30 les 03/10, 07/11, 05/12/2012, 09/01, 06/02, 06/03, 03/04, 01/06 et 03/07/2013**. Au mois de mai, il n'y aura pas de RCP car les mercredi 1^{er} et 8 mai sont fériés.

Ont été discutés en RCP le 06 09 2012 :

1- Suivi des patients autogreffés pour SEP à Lille :

- Patient n°1 : auto greffe (Endoxan + ATG) il y a 6 mois atteint d'une forme sévère (PP ou relapsing remitting ? à préciser par Dr Terriou et le Pr Vermesch) avec EDSS à 5.5 à l'inclusion, dont l'évolution a été totalement favorable chez un patient kinésithérapeute avec reprise du travail et de l'autonomie (fiches MED A et MED B à remplir).
- Patient n°2 : autogreffé il y a un mois avec le même protocole Endoxan et ATG (date ?), dont les suites post greffe ont été plus longues avec poursuite d'une rééducation active. Réévaluation en cours par le Dr Terriou.

A cette occasion, est rappelée l'importance

- de s'assurer de la collection des données Med A et Med B (Cf. fiche jointe) et de les adresser à Manuela BADOGLIO à l'EBMT (manuela.badoglio@upmc.fr) Office
- afin d'obtenir suivi prospectif selon les normes européennes non seulement de la greffe comme le font les hématologues, mais aussi (Med B) des données spécifiques à la maladie auto-immune concernée. Pour ce faire, le travail et le suivi des patients en binôme entre hématologues référents et spécialistes de la MAI est important. (consultations conjointes programmées si possible)

2 Suivi des patients autogreffés pour sclérodémie à Strasbourg :

- patient BL : autogreffé avec une forme de sclérodémie systémique sévère, Rodnan à 43, atteinte myocardique avec chute de la fraction d'éjection et pulmonaire en juin dernier, dont l'évolution actuelle est tout à fait favorable avec une réponse cutanée supérieure à 50 %, amélioration de la fonction cardiaque et amélioration fonctionnelle notable. Il est souligné l'importance d'obtenir là aussi un suivi systématique régulier

conformément aux règles de bonnes pratiques cliniques (PNDS : protocole national de soins courants des centres de référence sur les maladies auto-immunes) et donc une réévaluation minimale avec échographie cardiaque et EFR à un rythme bi-annuel dans ce contexte avec une visite double, couplée par le spécialiste de la maladie et par l'hématologue dans le suivi.

3 Patients proposés à la greffe (fiches ayant déjà circulé):

Discussion du dossier JM.MC: Patiente de 45 ans originaire de Guyane qui présente une atteinte cutanée rapidement progressive articulaire, pulmonaire (HTAP) associée à une myosite responsable d'un déficit moteur prédominant aux membres inférieurs

Avis de la RCP : Rechercher une atteinte diaphragmatique devant la dyspnée stade II contrastant avec une discrète atteinte parenchymateuse d'autant plus que la patiente présente une myopathie

Une autogreffe de CSHP est indiquée devant l'atteinte cutanée sévère avec atteinte pulmonaire + atteinte myositique associées

Discussion du dossier S.B : Homme jeune de 20 ans avec SSC depuis l'âge de 15 ans déjà traité par 12 bolus endoxan pour initialement une atteinte digestive à type de gastrite à collagène et une atteinte cutanée sclérodermiforme (ayant fait évoquer une fasciite de Shulman) traitée par corticothérapie ayant permis une amélioration cutanée et pulmonaire (DLCO = 62% en juin 2009) mais persistance d'une gastrite à collagène

Juillet 2010 : dégradation des EFR (DLCO= 37%), LBA : hyperlymphocytose et hyper éosinophilie donc réascension de la corticothérapie à 15mg/j **Aout 2011 :** amélioration sur le plan pulmonaire : DLCO = 53%

Aout 2012 : stabilité des EFR (CPT et DLCO) (après discussion avec le Pr Launay)

Avis RCP : Pas d'indication à une autogreffe de CSHP pour l'instant vu la stabilité de l'atteinte pulmonaire (jugée sur la stabilité de la CVF et DLCO). A réévaluer dans 6 mois.

En vous remerciant de votre confiance, on vous prie de croire, Cher(e) Collègue, Cher(e) Ami(e), à l'assurance de nos salutations les plus sincères.

Dr S.HADJ-KHELIFA

Pr D. FARGE-BANCEL