



**QUESTIONNAIRE
MALADIE DE HORTON ET/OU
PSEUDO-POLYARTHRITE RHIZOMÉLIQUE**

MERCI D'ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR ET EN MAJUSCULES,
DE NE PAS RAYER, NI DE DÉBORDER DES CASES.

Date de remplissage du questionnaire : / / 2 0
Jour Mois Année

Votre date de naissance : / /
Jour Mois Année

Au cours de votre suivi dans la cohorte E3N, vous avez signalé avoir eu une maladie de Horton et/ou une pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR).

Q0. Confirmez-vous avoir eu une de ces maladies ? Oui Non

Si vous avez répondu « Non » et que vous n'avez eu ni une maladie de Horton, ni une pseudo-polyarthrite rhizomélique, **merci de nous renvoyer votre questionnaire ainsi complété dans l'enveloppe T.**

Si vous avez répondu « Oui », merci de répondre aux questions suivantes :

Q1. Quel(s) a (ont) été le(s) diagnostic(s) posé(s) pour votre maladie ?

Maladie de Horton Oui Non

Pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR)
Attention, il ne s'agit pas de la polyarthrite rhumatoïde mais bien de la PSEUDO-polyarthrite rhizomélique, bien que vous ayez pu avoir les deux maladies. Oui Non

Q2. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un ou plusieurs médecins ? Oui Non

Si oui, le ou lesquels ? Médecin interniste Rhumatologue Ophtalmologue

Généraliste Autre :

Q3. Quelle était la date du diagnostic ? / (MM/AAAA)

Q4. Quelle était la date des premiers symptômes ? / (MM/AAAA)

Q5. Avez-vous été prise en charge à 100 % pour cette affection (Affection Longue Durée – ALD) ? Oui Non

Concernant votre maladie de Horton :

Veillez remplir cette section uniquement si vous avez (ou avez eu) une maladie de Horton, sinon veuillez passer directement à la section suivante.

Q6. Au moment du diagnostic de votre maladie de Horton :

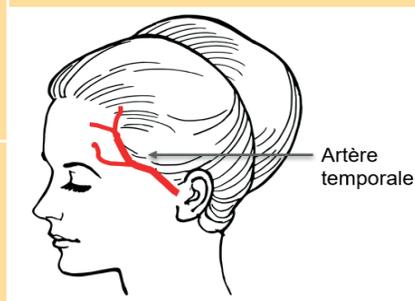
Avez-vous eu des maux de têtes intenses ou inhabituels ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des douleurs à la mâchoire ou des difficultés/douleurs lorsque vous mastiquiez ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu une sensation de brûlure au niveau du cuir chevelu, notamment lorsque vous vous brossez les cheveux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu de la fièvre sans cause infectieuse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu une perte importante de poids ou une perte d'appétit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des troubles de la vision (perte ou baisse de la vision, vision floue, vision double, ou impression de voir des « mouches volantes ») ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Q7. Un médecin vous a-t-il palpé les tempes pour contrôler vos artères temporales (artères situées au niveau des tempes) ?

Oui Non

Si oui, vous a-t-il dit que vos artères temporales étaient « anormales » ou « gonflées », ou que votre pouls temporal n'était pas perceptible ?

Oui Non



Q8. Avez-vous eu une biopsie d'une artère temporale (prélèvement de ce vaisseau situé sur la tempe, sous anesthésie locale) ?

Oui Non

Si oui, vous a-t-on dit que cette biopsie était anormale ? Oui Non Je ne sais pas

Si vous avez le résultat de cette biopsie sur un compte rendu, merci de nous en transmettre une copie.

Concernant vos douleurs articulaires :

Veillez remplir cette section si vous avez eu une pseudo-polyarthrite rhizomélique ou une maladie de Horton.

Q9. Au moment du diagnostic de votre pseudo-polyarthrite rhizomélique ou de votre maladie de Horton :

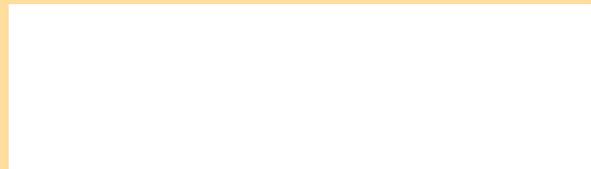
Avez-vous eu des douleurs aux deux épaules ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des douleurs cervicales ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu un enraidissement des épaules ou du cou, le matin ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des douleurs dans les hanches ou le bassin, ou une limitation de la mobilité des hanches ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des douleurs à d'autres articulations ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, merci de préciser la localisation de vos douleurs :

Q10. Combien de temps ont duré ces douleurs articulaires ?

Moins de deux semaines

Deux semaines ou plus



Q11. Vos douleurs articulaires vous réveillaient-elles la nuit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Q12. Vos articulations étaient-elles particulièrement enraidies le matin ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, en combien de temps cette raideur disparaissait-elle en moyenne ?		
<input type="checkbox"/> En moins de 15 minutes	<input type="checkbox"/> Entre 15 et 45 minutes	<input type="checkbox"/> En plus de 45 minutes

Concernant vos prises de sang :

Au moment du diagnostic de votre (vos) maladie(s), avez-vous eu :

Q13. (...) un dosage sanguin de la VS (vitesse de sédimentation)* ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Si oui, le résultat était-il anormal (élevé) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q14. (...) un dosage sanguin de la CRP (C-reactive proteine)* ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Si oui, le résultat était-il anormal (>5 mg/L) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q15. (...) un dosage sanguin du facteur rhumatoïde (également appelé test du Latex ou test de Waaler Rose) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Si oui, le résultat était-il anormal (positif) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q16. (...) un dosage sanguin des anticorps anti-CCP (également appelés anticorps anti-peptides citrullinés ou ACPA) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Si oui, le résultat était-il anormal (positif) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas

Si vous avez les résultats de ces examens biologiques, merci de nous en transmettre une copie.

* VS, CRP = marqueurs inflammatoires

Concernant vos traitements :

Q17. Avez-vous (eu) un traitement à base de cortisone / corticoïdes, en comprimés (Cortancyl©, Prednisone, Solupred, Prednisolone, Medrol, Méthylpredisone) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, ce traitement a-t-il permis une amélioration rapide de vos symptômes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, en combien de temps ?	<input type="checkbox"/> Moins de 3 jours	<input type="checkbox"/> Entre 3 et 7 jours
	<input type="checkbox"/> En plus d'une semaine	
Si vous avez reçu de la cortisone, combien de temps avez-vous pris ce traitement ?		
<input type="checkbox"/> Moins de 3 mois	<input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois	<input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 mois
	<input type="checkbox"/> Plus d'un an	
Q18. Avez-vous (eu) un traitement par aspirine (Kardegic, Aspegic, Aspirine) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Q19. Avez-vous (eu) d'autres traitements pour votre maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, merci de préciser :	<input type="checkbox"/> Méthotrexate (Imeth, Metoject, Novatrex)	<input type="checkbox"/> Tocilizumab (Roactemra)
<input type="checkbox"/> Infliximab (Remicade)	<input type="checkbox"/> Adalimumab (Humira)	<input type="checkbox"/> Sarilumab (Kevazara)
<input type="checkbox"/> Etanercept (Enbrel)	<input type="checkbox"/> Autre :	



Concernant votre prise en charge et vos médecins :

Q20. Avez-vous été hospitalisée ou êtes-vous suivie dans un hôpital pour cette maladie ? Oui Non

Si oui, dans quel service ?

Médecine interne

Rhumatologie

Ophtalmologie

Autre :

Pouvez-vous nous fournir les coordonnées du service dans lequel vous avez été suivie ?

Hôpital :

Ville :

Service :

Médecin(s) référent(s) :

Q21. Au cours du suivi de votre maladie, vous a-t-on dosé de manière régulière la VS (vitesse de sédimentation)* dans vos prises de sang ? Oui Non Je ne sais pas

Q22. Au cours du suivi de votre maladie, vous a-t-on dosé de manière régulière la CRP (C-Reactive Protein)* dans vos prises de sang ? Oui Non Je ne sais pas

* VS, CRP = marqueurs inflammatoires

Q23. Pouvez-vous nous fournir les coordonnées de vos médecins ?

Merci de nous indiquer le nom et les coordonnées de votre **médecin interniste**.

Nom et prénom du **médecin interniste** :

Adresse :

CP : Ville : Tél :

Merci de nous indiquer le nom et les coordonnées de votre **rhumatologue**.

Nom et prénom du **rhumatologue** :

Adresse :

CP : Ville : Tél :

Merci de nous indiquer le nom et les coordonnées de votre **médecin traitant**.

Nom et prénom du **médecin traitant** :

Adresse :

CP : Ville : Tél :

Si vous les avez à votre disposition, merci de nous fournir, avec votre questionnaire complété, les photocopies des comptes rendus d'hospitalisation ou de consultation relatifs à votre maladie, notamment à l'époque du diagnostic, ainsi que tout document qui nous permettrait d'avoir des informations sur votre maladie.

MERCI BEAUCOUP POUR
VOTRE PRÉCIEUSE PARTICIPATION

Etude E3N - Institut Gustave Roussy - 114 rue Edouard Vaillant - 94805 Villejuif Cedex
01 42 11 53 86 – contact@e3n.fr - www.e3n.fr

Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que l'équipe Inserm chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies.