



Registre de la Lymphangioléiomyomatose en France (RE·LAM·CE)

Fiche de Déclaration de cas par le médecin

A retourner au **Pr Vincent Cottin** par courrier, fax ou mail :
Service de Pneumologie, Hôpital Louis Pradel
 28 avenue Doyen Lépine, 69677 Lyon (Bron) cedex

fax : 04 72 35 76 53
registre.lam@gmail.com

Hôpitaux de Lyon

Critères d'inclusion :

- 1) Patient(e) présentant une LAM sporadique ou associée à une Sclérose Tubéreuse de Bourneville
- 2) Patient(e) diagnostiqué(e) ou vu(e) en consultation ou hospitalisation depuis le 01/01/2009

Identification de la patiente ou du patient :

Initiales : ____ - ____ Date de Naissance : (jj/mm/aaaa) Sexe : H F
 Date de diagnostic de la LAM : (jj/mm/aaaa) Greffe : oui non date :
 Etat : En cours de suivi Perdu(e) de vu(e) Décédé(e)
 Date des dernières nouvelles (ou de décès) : (jj/mm/aaaa):

Identification du déclarant :

Nom : Dr/Pr: _____ Prénom : _____
 Adresse d'exercice : _____
 Code Postal: _____ Ville : _____
 Email : _____
 Spécialité : Pneumologue Autre : _____
 Exercice : CHU CHG Libéral Autre : _____

Médecin en charge du suivi de la LAM :

Vous-même (coordonnées ci-dessus)
 Autre : Nom : Dr/Pr _____ Prénom : _____
 Lieu d'exercice : _____ Code postal : _____

Critères diagnostiques (présent au moins une fois au cours de l'évolution de la maladie)

	oui	non	Ne sait pas
- Dosage VEGF-D \geq 800 pg/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tomodensitométrie pulmonaire <u>caractéristique</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tomodensitométrie pulmonaire <u>compatible</u> (moins de 10 kystes à parois fines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biopsie remplissant les critères histopathologiques de LAM <i>si oui, Nom et adresse d'exercice du médecin anatomopathologiste : date :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non fait <input type="checkbox"/>
- Immunomarquage positif (HMB 45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Angiomyolipome (rein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epanchement chyleux thoracique ou abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lymphangioléiomyome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Adénopathies atteintes par la LAM et prouvées histologiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sclérose Tubéreuse de Bourneville certaine ou probable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tableau clinique compatible incluant pneumothorax (en particulier multiples et/ou bilatéraux) et/ou trouble ventilatoire obstructif (VEMS/CV < 70%) et/ou une DLCO < 80%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date: _____ Signature: _____