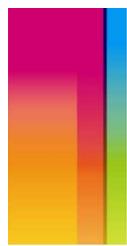


**ENQUETE DE SUIVI : GROSSESSE ET MASTOCYTOSE
CEREMAST**



Madame,

Vous êtes connue du centre de référence des mastocytoses (CEREMAST) pour votre maladie et vous avez peut-être eu une ou plusieurs grossesses.

Par la présente, nous adressons à toutes les femmes un « questionnaire grossesse » dans le but de collecter de façon détaillée et systématique les informations relatives au déroulement de la (des) grossesses et de l' (des) accouchement(s) dans le contexte de la mastocytose. En effet, la configuration mastocytose et grossesse n'est pas bien connue et il y a peu de publications ou de travaux sur ce sujet dans la littérature internationale. L'idée générale est que le plus souvent les patientes se sentent mieux pendant leur grossesse et que l'accouchement se passe sans plus de complications du fait de la mastocytose à condition que l'anesthésiste soit informé du diagnostic et des précautions à prendre.

Cependant, notre expérience se limite aux témoignages oraux de nos patientes. De plus, nous sommes fréquemment sollicités par les patientes elles-mêmes, les obstétriciens et les anesthésistes en vue de l'accouchement. Tous expriment des craintes légitimes vis-à-vis d'une éventuelle anesthésie, notamment péridurale. Il est donc important de colliger ces données afin d'améliorer nos connaissances et la qualité de la prise en charge des grossesses chez les patientes atteintes de mastocytose, notamment en établissant des recommandations spécifiques et validées par l'analyse d'une cohorte suffisante de patientes. Remplir ce questionnaire contribuera à faire avancer ce travail indispensable.

Vous êtes libre de remplir ou non ce questionnaire et vous pouvez rajouter tout commentaire qui vous paraîtrait utile. Vous pouvez nous le renvoyer complété par voie postale :

CEREMAST

Service d'hématologie adulte

Bâtiment Hamburger porte H2 RDC haut

149 rue de Sèvres

75015 PARIS Cedex 15

ou par mail : laure.cabaret@nck.aphp.fr et/ou avis.ceremast@nck.aphp.fr. Cette adresse vous permettra aussi de nous adresser toute question complémentaire si besoin.

Veillez croire, chère Madame, en l'assurance de nos salutations respectueuses.

Docteur Olivia Chandesris

Pour toute question, merci de nous contacter au 01.44.49.53.31 ou 32



Date de recueil / /

NOM Prénom

Date de naissance :

Lieu de naissance :

- Date de début des signes de mastocytose (année) :

- Date du diagnostic de mastocytose (année) :

- Médecin, service et hôpital référents pour le suivi de votre mastocytose :

.....
.....

- Type de mastocytose (si vous le savez, cochez la ou les réponses correctes)

- Mastocytose cutanée pure
- Mastocytose systémique indolente
- Mastocytose systémique agressive
- Mastocytose associée à une hémopathie non mastocytaire

- Traitement de la mastocytose :

- Symptomatique : cocher si oui / préciser le type et si en cours (voir plus bas)

Anti-histaminiques

Chromoglycate de sodium (Nalcron, Intercron)

Autres

- Curatif : cocher si oui / préciser la date (année)

Interféron

Cladribine (2-CDA)

Thalidomide

Rapamycine

Autres



Protocole thérapeutique : si oui, préciser le type et la date (en année)

- Traitement actuellement en cours pour la mastocytose :

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

- Age des premières règles :

- Contraception : oui non

Si oui, type :

Date :

- Difficultés éventuelles rencontrées pour la conception : oui non

- Fausses couches (nombre, à quel trimestre ?) :

.....
.....

- Interruption thérapeutique de grossesse : si oui, motif et date

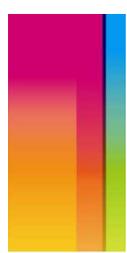
.....
.....

- Nécessité d'une procréation médicalement assistée : si oui type, dates :

.....
.....

- Nombre total de grossesses :

- Nombre total d'accouchements :



Partie 1 : GROSSESSE N°1

- Date de début de la grossesse (mois et année) :

- Médecin - Cabinet - Hôpital qui a suivi la grossesse :

.....
.....

- Déroulement de la grossesse (tout événement notable) :

1^{er} trimestre

.....
.....

2^{ème} trimestre

.....
.....

3^{ème} trimestre

.....
.....

- Evolution de la mastocytose pendant la grossesse (amélioration ou aggravation) :

1^{er} trimestre

.....
.....

2^{ème} trimestre

.....
.....

.....
.....

- Traitement ciblant la mastocytose reçu pendant la grossesse et modifications éventuelles de ce traitement :

.....
.....

- Grossesse menée à terme ?

- Si oui, date du terme (mois) :

- Si non, date d'interruption de la grossesse et motif :

.....
.....

- Accouchement :

- Date du terme (en mois) :

- Modalités : Voie basse Césarienne

- Déroulement général de l'accouchement :

- Anesthésie éventuelle : Péridurale Rachianesthésie Anesthésie générale

- Tolérance de l'anesthésie :

- Prise en charge de la douleur : type / tolérance / efficacité

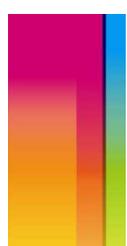
- Déroulement des suites de couches :

.....
.....

- L'enfant :

- Sexe :

- Poids, taille :



- Comment le bébé allait-il à la naissance ?

.....
.....

- Allaitement : oui non

- Comment les premiers mois de vie du bébé se sont-ils passés?

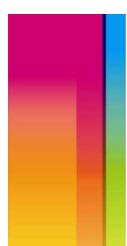
.....
.....

- Mastocytose chez l'enfant (y compris des années plus tard) ?

.....

- Autres commentaires :

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



Partie 2 : GROSSESSE N°2

- Date de début de la grossesse (mois et année) :

- Médecin - Cabinet - Hôpital qui a suivi la grossesse :

.....
.....

- Déroulement de la grossesse (tout événement notable) :

1^{er} trimestre

.....
.....

2^{ème} trimestre

.....
.....

3^{ème} trimestre

.....
.....

- Evolution de la mastocytose pendant la grossesse (amélioration ou aggravation) :

1^{er} trimestre

.....
.....

2^{ème} trimestre

.....
.....

.....
.....

- Traitement ciblant la mastocytose reçu pendant la grossesse et modifications éventuelles de ce traitement :

.....
.....

- Grossesse menée à terme ?

- Si oui, date du terme (mois) :

- Si non, date d'interruption de la grossesse et motif :

.....
.....

- Accouchement :

- Date du terme (en mois) :

- Modalités : Voie basse Césarienne

- Déroulement général de l'accouchement :

- Anesthésie éventuelle : Péridurale Rachianesthésie Anesthésie générale

- Tolérance de l'anesthésie :

- Prise en charge de la douleur : type / tolérance / efficacité

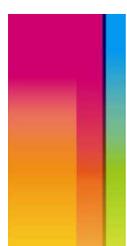
- Déroulement des suites de couches :

.....
.....

- L'enfant :

- Sexe :

- Poids, taille :



- Comment le bébé allait-il à la naissance ?

.....
.....

- Allaitement : oui non

- Comment les premiers mois de vie du bébé se sont-ils passés?

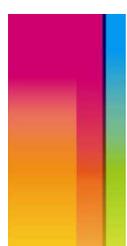
.....
.....

- Mastocytose chez l'enfant (y compris des années plus tard) ?

.....
.....

- Autres commentaires :

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



Partie 3 : GROSSESSE N°3

- Date de début de la grossesse (mois et année) :

- Médecin - Cabinet - Hôpital qui a suivi la grossesse :

.....
.....

- Déroulement de la grossesse (tout événement notable) :

1^{er} trimestre

.....
.....

2^{ème} trimestre

.....
.....

3^{ème} trimestre

.....
.....

- Evolution de la mastocytose pendant la grossesse (amélioration ou aggravation) :

1^{er} trimestre

.....
.....

2^{ème} trimestre

.....
.....

.....
.....

- Traitement ciblant la mastocytose reçu pendant la grossesse et modifications éventuelles de ce traitement :

.....
.....

- Grossesse menée à terme ? :

- Si oui, date du terme (mois) :

- Si non, date d'interruption de la grossesse et motif :

.....
.....

- Accouchement :

- Date du terme (en mois) :

- Modalités : Voie basse Césarienne

- Déroulement général de l'accouchement :

- Anesthésie éventuelle : Péridurale Rachianesthésie Anesthésie générale

- Tolérance de l'anesthésie :

- Prise en charge de la douleur : type / tolérance / efficacité

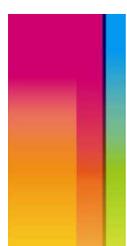
- Déroulement des suites de couches :

.....
.....

- L'enfant :

- Sexe :

- Poids, taille :



- Comment le bébé à la naissance allait-il ?

.....
.....

- Allaitement : oui non

- Comment les premiers mois de vie du bébé se sont-ils passés?

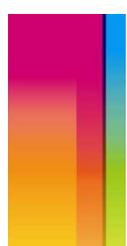
.....
.....

- Mastocytose chez l'enfant (y compris des années plus tard) ?

.....
.....

- Autres commentaires :

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



Partie 4 : GROSSESSE N°4

- Date de début de la grossesse (mois et année) :

- Médecin - Cabinet - Hôpital qui a suivi la grossesse :

.....
.....

- Déroulement de la grossesse (tout événement notable) :

1^{er} trimestre

.....
.....

2^{ème} trimestre

.....
.....

3^{ème} trimestre

.....
.....

- Evolution de la mastocytose pendant la grossesse (amélioration ou aggravation) :

1^{er} trimestre

.....
.....

2^{ème} trimestre

.....
.....

.....
.....

- Traitement ciblant la mastocytose reçu pendant la grossesse et modifications éventuelles de ce traitement :

.....
.....

- Grossesse menée à terme ? :

- Si oui, date du terme (mois) :

- Si non, date d'interruption de la grossesse et motif :

.....
.....

- Accouchement :

- Date du terme (en mois) :

- Modalités : Voie basse Césarienne

- Déroulement général de l'accouchement :

- Anesthésie éventuelle : Péridurale Rachianesthésie Anesthésie générale

- Tolérance de l'anesthésie :

- Prise en charge de la douleur : type / tolérance / efficacité

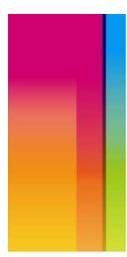
- Déroulement des suites de couches :

.....
.....

- L'enfant :

- Sexe :

- Poids, taille :



- Comment le bébé à la naissance allait-il ?

.....
.....

- Allaitement : oui non

- Comment les premiers mois de vie du bébé se sont-ils passés?

.....
.....

- Mastocytose chez l'enfant (y compris des années plus tard) ?

.....
.....

- Autres commentaires :

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