

## **Evaluation des expositions individuelles, environnementales et professionnelles chez les sujets atteints d'une Glomérulonéphrite Extra-Membraneuse**

Cet auto-questionnaire a pour objectif d'aider au repérage d'expositions individuelles, environnementales ou professionnelles pouvant contribuer au développement d'une glomérulonéphrite extra-membraneuse. Ce questionnaire étant complexe, de nombreux items étant abordés et un vocabulaire médical étant utilisé, il est recommandé de se faire aider d'un médecin ou d'un infirmier pour le compléter.

Il s'agit d'une première version qui ne prétend pas être exhaustive et qui est susceptible d'être modifiée avec le temps.

## Préambule

---

La glomérulonéphrite extra-membraneuse (GEM) est une maladie auto-immune rénale rare, mais qui représente toutefois la première cause de syndrome néphrotique de l'adulte (fuite de protéines dans les urines, à l'origine d'un syndrome œdémateux). Son diagnostic est essentiellement histologique à partir des résultats anatomopathologiques de la biopsie rénale.

Dans environ 20% des cas, une autre maladie est associée au développement d'une GEM. Certaines de ces pathologies sont bien connues ; il s'agit de maladies auto-immunes (lupus et autres connectivites, polyarthrite rhumatoïde, dermatomyosite, myasthénie, pemphigoïde bulleux, syndrome de Gougerot-Sjögren, maladie de Crohn ...), d'infections (hépatite B, hépatite C, VIH, paludisme, syphilis, bilharziose, lèpre ...), de pathologies cancéreuses (carcinomes, lymphomes, leucémies, mélanomes ...). La prise de certains médicaments ou toxiques peut également être à l'origine du développement d'une GEM : sels d'or, pénicillamine, intoxication au mercure, anti-inflammatoires non stéroïdiens, clopidogrel, lithium ... Le diagnostic de GEM secondaire se pose a posteriori, une fois que le traitement de la maladie initiale a induit une rémission de la GEM.

Cependant, dans environ 80% des cas, aucune cause n'est retrouvée. De grands progrès dans le diagnostic de cette maladie ont été réalisés avec l'identification de deux antigènes podocytaires (présents au niveau de la barrière de filtration rénale) à l'origine de la formation d'auto-anticorps responsables des lésions observées. Dans environ 70% des cas, les patients sont porteurs d'anticorps dirigés contre le récepteur des Phospholipases A2 (PLA2R1), protéine podocytaire dont la fonction dans le rein est inconnue. Chez 3% des patients, on retrouve des anticorps dirigés contre une autre cible antigénique, la Thrombospondine de type 1 (THSD7A). Ces anticorps spécifiques anti-PLA2R1 et anti-THSD7A constituent des biomarqueurs précieux pour le diagnostic de GEM.

La prévalence des maladies auto-immunes est en constante augmentation dans nos pays développés à haut niveau d'hygiène. Ce constat nous incite à penser que l'hygiène et l'utilisation des antibiotiques favorisent l'essor de ces pathologies dans des populations de moins en moins soumises à l'épreuve des infections. On parle de « théorie de l'hygiène ».

Les maladies auto-immunes surviennent lorsque les mécanismes de tolérance au soi deviennent défectueux. Cette rupture de la tolérance au soi serait multifactorielle, due à l'association de facteurs génétiques, endogènes et environnementaux.

L'étude de nos environnements de vie pourrait permettre d'expliquer ce dysfonctionnement du système immunitaire. Par ce questionnaire, nous recherchons des expositions communes aux patients atteints de GEM, quelles soient individuelles, professionnelles ou environnementales.

Nous vous remercions de prendre le temps de lire et compléter ce questionnaire.

*Dr Barbara Seitz-Polski et Marion Cremoni (interne des hôpitaux)*



**QUESTIONNAIRE D'EXPOSITION – Rempli le : .....**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin  
Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Pays de naissance et/ou d'origine : .....

Date des premiers symptômes de GEM (mois et année) : .....

Date du diagnostic de GEM (mois et année) : .....

Oedèmes

HTA

Thrombose

Asthénie

Autres : .....

Type de GEM (secondaire ou idiopathique ? anticorps ?) : .....

.....

*Madame, Monsieur,*

*Ce questionnaire a pour objectif de repérer d'éventuelles expositions passées ou présentes qui pourraient avoir un lien avec le développement de votre maladie rénale. Si vous avez besoin d'aide pour le compléter, n'hésitez pas à demander au Docteur Seitz-Polski lors de votre prochaine consultation de néphrologie ou à appeler au 04.92.03.55.02 et à demander le Docteur Seitz-Polski ou Marion Cremoni (interne des hôpitaux).*

## SOCIO-DEMOGRAPHIE

Les questions suivantes concernent votre situation avant le diagnostic de votre maladie rénale.

1. Quelle était votre situation matrimoniale ?

- Célibataire
- Marié / pacsé
- En concubinage
- Veuf ou veuve

2. Avez-vous un ou plusieurs enfants dont vous étiez le père ou la mère biologique ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, combien d'enfants aviez-vous ? :

.....

3. Combien de grossesses, menées à terme ou non, aviez-vous eu ? (*Question s'adressant uniquement aux femmes*) :

.....

4. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

- Aucun
- Certificat d'étude ou brevet des collèges
- CAP
- BEP
- Baccalauréat
- BTS
- DUT
- Licence
- Master
- Doctorat
- Autre, précisez : .....

## COMPOSITION DU MENAGE

---

*Les questions suivantes concernent votre situation avant le diagnostic de votre maladie rénale.*

1. De combien de membres étaient constitué votre foyer (y compris vous-même) ? : .....

2. Combien d'enfants vivaient régulièrement dans votre foyer ? : .....

Combien étaient âgés de moins de 13 ans ? : .....

## ZONE DE RESIDENCE

*Les questions suivantes concernent votre situation avant le diagnostic de votre maladie rénale.*

Adresse du logement :

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

## EXPOSITION MENAGERE

---

*Les questions suivantes concernent votre situation dans le mois précédent le diagnostic de votre maladie rénale.*

1. Entretien-vous un potager, et/ou des arbres fruitiers, et/ou une pelouse, une haie et/ou d'autres plantes d'extérieur ou d'intérieur ?

Oui

Non

2. Aviez-vous un ou des animaux domestiques ?

Oui, quel(s) animal/ux ? : .....

Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, des antiparasitaires ont-ils été utilisés dans le mois précédent votre diagnostic de GEM ?

Oui

Non

## ALIMENTATION

---

1. Dans quelle(s) structure(s) faites-vous vos courses alimentaires ?

Supermarché

Petits commerces de proximité

- Marché paysan
- Cultures personnelles (potager, arbres, fruitiers, poulailler ...)
- Autre, précisez : .....

2. Suivez-vous un régime particulier ?

- Oui
- Non

## VOYAGES ET PAYS VISITES

1. Dans le mois précédents le diagnostic de GEM et/ou ses premiers symptômes, avez-vous voyagé en France ou à l'étranger ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, dans quel(s) pays et ville(s) avez-vous voyagé ? :

.....  
.....

Dans quel(s) type(s) de structure étiez-vous logé ? :

- Hôtel, bed-and-breakfast, gîte, maison d'hôte ou équivalents
- Camping
- Chez l'habitant
- Autre, précisez : .....

2. Lors de votre ou vos séjour(s), avez-vous été malade ?

- Oui
- Non

## EXPOSITION PROFESSIONNELLE

---

*Les questions suivantes concernent votre situation avant le diagnostic de votre maladie rénale.*

1. Quel emploi exerciez-vous au moment du diagnostic de votre GEM ?

.....

Dans quel lieu exerciez-vous votre emploi ? :

.....

2. Quels emplois avez-vous exercé avant le diagnostic de GEM ?

.....

.....

.....

.....

Dans quel(s) lieu(x) avez-vous exercé ce(s) emploi(s) ? :

.....

.....

.....



## ANTECEDENTS PERSONNELS

---

Etes-vous ou avez-vous été atteint par une ou plusieurs des pathologies suivantes ? Cochez les réponses justes et précisez la date du diagnostic pour chacune d'elle si vous la connaissez.

*En cas de difficulté à compléter ce questionnaire, demandez de l'aide au Dr Seitz-Polski lors de votre prochaine consultation de néphrologie ou à votre médecin traitant.*

### Maladies auto-immunes

- Lupus systémique .....
- Syndrome des anticorps anti-phospholipides .....
- Polyarthrite rhumatoïde .....
- Connectivite mixte .....
- Dermatomyosite .....
- Spondylarthrite ankylosante .....
- Sclérodémie systémique .....
- Myasthénie auto-immune .....
- Pemphigoïde bulleux .....
- Thyroïdite auto-immune (Hashimoto, Basedow) .....
- Syndrome de Gougerot-Sjögren .....
- Maladie de Horton .....
- Maladie de Crohn .....
- Rectocolite hémorragique .....
- Autre, précisez :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Maladies tumorales

- Cancer du poumon .....

- Cancer de l'œsophage .....
- Cancer de l'estomac .....
- Cancer du colon .....
- Cancer du sein .....
- Cancer du rein .....
- Cancer des ovaires .....
- Cancer de la prostate .....
- Cancer de l'oropharynx (bouche, langue ...)
- Lymphome .....
- Leucémie lymphoïde chronique .....
- Leucémie aiguë .....
- Mélanome .....
- Cancer du foie .....
- Neuroblastome .....
- Autre, précisez : .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Infections**

- Hépatite B .....
- Hépatite C .....
- VIH .....
- Paludisme .....
- Schistosomiase .....
- Filariose .....
- Syphilis .....

- Endocardite .....
- Kyste hydatique .....
- Bilharziose .....
- Autre, précisez :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Pathologies diverses**

- Diabète .....
- Sarcôïdose .....
- Polykystose rénale .....
- Drépanocytose .....
- Cirrhose biliaire primitive .....
- Syndrome de Guillain-Barré .....
- Syndrome hémolytique et urémique atypique .....
- Syndrome myélo-dysplasique .....
- Ulcère gastroduodénal ou gastrite à *Helicobacter pylori* .....
- Autre, précisez :  
.....  
.....  
.....

Vous rappelez-vous avoir été atteint d'un syndrome infectieux dans le mois précédent les premiers symptômes de votre maladie rénale ? Précisez (syndrome grippal, diarrhées infectieuses, rhinopharyngite, bronchite ...) :

- Non
- Oui, précisez : .....



## TERRAIN ALLERGIQUE

---

1. Etes-vous allergique ?

Oui

Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, précisez le ou les allergène(s) en cause s'il(s) est(sont) connu(s) : .....

Y-a-t-il une périodicité saisonnière à vos symptômes ? Si oui, laquelle ?

.....

2. Présentez-vous de manière récurrente les symptômes suivants ?

Démangeaisons des yeux, larmoiement

Eternuements

Nez qui coule, nez bouché ou perte de l'odorat

Sinusite

Asthme

Si vous avez coché un ou plusieurs des items suivants, avez-vous remarqué une période de survenue de ce(s) symptôme(s) ou un facteur déclenchant ?

.....

3. Avez-vous des problèmes de peau lors du contact ou de l'ingestion de certains produits ?

Oui

Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, précisez le ou les allergène(s) en cause s'il(s) est(sont) connu(s) : .....

Quel est ce problème de peau ?

Urticaire

Eczéma

Œdème localisé (en général des lèvres, des yeux ...)

Œdème de Quincke

Rash

## VACCINATION

---

*Les questions suivantes concernent votre situation avant le diagnostic de votre maladie rénale. Faites-vous aider d'un médecin pour les compléter, si possible avec votre carnet de santé à disposition.*

1. Etiez-vous à jour des vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal en population générale ?

Oui

Non

2. Dans le mois précédent le diagnostic et/ou les premiers symptômes de GEM, avez-vous été vacciné ?

Oui

Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, de quelle(s) vaccination(s) s'agissait-il ?

.....  
.....

# HABITUS

---

## Consommation de tabac

1. Fumez-vous ?

- Non, je n'ai jamais fumé
- Non, j'ai arrêté de fumer
- Oui

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente :

En quelle année avez-vous commencé à fumer ? .....

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? : .....

Si vous avez répondu « Non, j'ai arrêté de fumer » à la question précédente :

En quelle année avez-vous commencé à fumer ? : .....

## Consommation d'autres toxiques

1. Consommez-vous d'autres toxiques ou drogues ?

- Non, je n'en ai jamais consommé
- Non, j'ai arrêté d'en consommer
- Oui

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, veuillez préciser :

La nature du toxique ou de la drogue consommé : .....

La fréquence à laquelle il est consommé :  
.....

Si vous avez répondu « Non, j'ai arrêté d'en consommer », veuillez préciser :

La nature du toxique ou de la drogue consommé : .....

La fréquence à laquelle il a été consommé :  
.....

Commentaires :

.....  
.....

## ETAT PSYCHIQUE ET EMOTIONNEL

Les questions suivantes concernent votre état psychique et émotionnel avant le diagnostic de votre maladie rénale.

1. Avant les premiers symptômes de GEM, vous rappelez-vous vous être senti particulièrement :

- Dynamique
- Heureux
- Calme et détendu
- Nerveux
- Triste
- Angoissé
- Fatigué
- Découragé

2. Dans les mois précédents vos premiers symptômes de GEM, vous rappelez-vous avoir subi un traumatisme ou un évènement nouveau potentiellement déstabilisant ?

- Oui
- Non

Lequel ?

- Le décès d'une personne proche
- La perte d'un emploi, le chômage
- Un changement d'emploi, un reclassement professionnel
- Des désaccords professionnels, une mésentente professionnelle
- Un départ à la retraite
- Un déménagement
- Une naissance, un mariage
- Un divorce, une rupture sentimentale
- Un problème de santé chez vous ou un membre de votre famille

Autre, précisez :

.....

Quel a été le délai entre cet évènement et le début de la symptomatologie de votre maladie rénale ? :

.....

....



## ANTECEDENTS FAMILIAUX

---

L'un des membres de votre famille est-il atteint par une ou plusieurs des pathologies suivantes ?  
Cochez les réponses justes et précisez le parent concerné (père, mère, fratrie).

### Maladies auto-immunes

- Lupus systémique .....
- Syndrome des anticorps anti-phospholipides .....
- Polyarthrite rhumatoïde .....
- Connectivite mixte .....
- Dermatomyosite .....
- Spondylarthrite ankylosante .....
- Sclérodémie systémique .....
- Myasthénie auto-immune .....
- Pemphigoïde bulleux .....
- Thyroïdite auto-immune (Hashimoto, Basedow) .....
- Syndrome de Gougerot-Sjögren .....
- Maladie de Horton .....
- Maladie de Crohn .....
- Rectocolite hémorragique .....
- Autre, précisez :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Maladies tumorales

- Cancer du poumon .....
- Cancer de l'œsophage .....
- Cancer de l'estomac .....

- Cancer du colon .....
- Cancer du sein .....
- Cancer du rein .....
- Cancer des ovaires .....
- Cancer de la prostate .....
- Cancer de l'oropharynx (bouche, langue ...)
- Lymphome .....
- Leucémie lymphoïde chronique .....
- Leucémie aiguë .....
- Mélanome .....
- Cancer du foie .....
- Neuroblastome .....
- Autre, précisez : .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Pathologies diverses**

- Diabète .....
- Sarcoïdose .....
- Polykystose rénale .....
- Drépanocytose .....
- Cirrhose biliaire primitive .....
- Syndrome de Guillain-Barré .....
- Syndrome hémolytique et urémique atypique .....
- Ulcère gastroduodéal ou gastrite à *Helicobacter pylori* .....
- Autre, précisez : .....

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

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

## AUTRES

---

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