

# QUESTIONNAIRE : L'INCIDENCE DE L'ALIMENTATION SUR MA VASCULARITE

L'association France Vascularites souhaite recueillir des données concernant l'incidence de votre alimentation dans votre parcours lié à votre vascularite. Les résultats seront communiqués au GFEV (Groupe Français d'Etude des Vascularites) ainsi qu'au centre de référence Maladies Rares Auto-immunes et Systémiques Rares de l'hôpital Cochin. Ce questionnaire est anonyme, les données recueillies servent uniquement à ce questionnaire et ne sont pas communiquées à des tiers. Vous avez toutefois un droit d'accès aux données vous concernant. Pour exercer ce droit vous pouvez contacter l'adresse « [association.vascularites@gmail.com](mailto:association.vascularites@gmail.com) ».

Questionnaire à retourner à « Association France Vascularites, 7 rue de l'église 21540 BLAISY-BAS » ou par mail à « [association.vascularites@gmail.com](mailto:association.vascularites@gmail.com) » avant le **31 janvier 2019**. Une version en ligne est disponible via ce lien : <http://www.association-vascularites.org/index.php/accueil/nos-actions/enquetes/questionnaire-alimentation>

## PROFIL

Etes-vous ?  Un homme  Une femme

Quel est votre département de résidence ? .....

Quelle est votre date de naissance ? ...../...../.....

Etes-vous adhérent à l'association France Vascularites ?  Oui  Non

## INFORMATION SUR VOTRE VASCULARITE

Quel est le nom de votre vascularite ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Granulomatose avec polyangéite (Wegener - GPA)                         | <input type="checkbox"/> Vascularite leucocytoclasique             |
| <input type="checkbox"/> Granulomatose éosinophilique avec polyangéite (Churg & Strauss - GEPA) | <input type="checkbox"/> Vascularite cérébrale                     |
| <input type="checkbox"/> Polyangéite microscopique  | <input type="checkbox"/> Maladie de Behçet                         |
| <input type="checkbox"/> Périartérite noueuse   | <input type="checkbox"/> Maladie de Cogan                          |
| <input type="checkbox"/> Artérite à cellules géantes (HORTON - ACG)                             | <input type="checkbox"/> Maladie de Buerger                        |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Takayasu Maladie de Kawasaki                                | <input type="checkbox"/> Vascularite de la polyarthrite rhumatoïde |
| <input type="checkbox"/> Purpura rhumatoïde (vascularite à Iga)                                 | <input type="checkbox"/> vascularite à ANCA                        |
| <input type="checkbox"/> Vascularite urticarienne hypocomplémentémique (Mc Duffie)              | <input type="checkbox"/> Vascularite non listée                    |

A quelle date votre vascularite a été diagnostiquée : .....

- Etes-vous actuellement :  En traitement d'attaque initial (premier traitement après le diagnostic)  
 En traitement d'attaque pour une rechute  
 En traitement d'entretien  
 Sans traitement pour votre vascularite

Suivez-vous actuellement un traitement à base de cortisone (corticoïdes/prednisone...) ?  Oui  Non

Si oui, quelle est votre dose journalière ? .....mg

Quelles sont vos atteintes principales ?

- |                                     |  |                                       |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ORL        | <input type="checkbox"/> Pulmonaires   | <input type="checkbox"/> Cardiaques   |
| <input type="checkbox"/> Digestives | <input type="checkbox"/> Rénales       | <input type="checkbox"/> Ophtalmiques |
| <input type="checkbox"/> Cutanées   | <input type="checkbox"/> Neurologiques | <input type="checkbox"/> Autres       |

Si vous avez coché autres à la question précédente, merci de préciser : .....

## ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous une allergie diagnostiquée ?

- Aucune  Au pollen  A la moisissure  
 Aux acariens  A la pollution atmosphérique  Alimentaire  
 Autre(s)

Si vous avez choisi "Autre(s)" à la question précédente, merci de préciser .....

Avez-vous d'autres pathologies diagnostiquées ? Cochez celle(s) qui vous concerne.

- Non  Je ne sais pas  un diabète insulino-résistant  
 un diabète insulino-dépendant  une mycose intestinale (candida albicans)  une hypercholestérolémie  
 Une insuffisance rénale  Autre(s)

Si vous avez coché "Autre(s)" à la question précédente, merci de Préciser.....

Suivez-vous un régime alimentaire pour ces pathologies tel que :

- Un régime diabétique  Un régime pour l'hypertension  Un régime pour hypercholestérolémie  
 Un régime en lien avec une mycose intestinale (candida albicans)  
 Autre(s)\*  Aucun régime en particulier

Si vous avez coché "Autre(s)" à la question précédente, merci de préciser : .....

Êtes-vous suivi par un professionnel pour suivre ce régime ?

- Non car je ne suis pas de régime  Non, je fais le régime seule  
 Oui, une diététicienne m'accompagne  Oui, un médecin nutritionniste m'accompagne  
 Autre

\*Si vous avez choisi "Autre" à la question précédente, merci de préciser : .....

## VOS DONNEES BIOLOGIQUES

Avez-vous fait des prises de sang pour contrôler les apports en vitamines, minéraux et oligoéléments ?

- Oui  Non

Vos analyses sanguines laissent-elles apparaître un manque de vitamines ?

- Non aucun manque  Vitamines A  Vitamines B1  Vitamine B2  Vitamine B3 ou PP  
 Vitamine B5  Vitamine B6  Vitamine B8  Vitamine B9  Vitamine B12  
 Vitamine C  Vitamine D  Vitamine E  Vitamine K

Vos analyses sanguines laissent-elles apparaître un manque de minéraux ?

- Non aucun manque  Calcium  Phosphore  Magnésium  Potassium  
 Souffre  Sodium  Chlore

Vos analyses sanguines laissent-elles apparaître un manque d'oligoéléments ?

- Non aucun manque  Zinc  Cuivre  Fer  Fluor  
 Iode  Chrome  Sélénium

Prenez-vous des compléments alimentaires pour y remédier ?  Oui  Non

## HABITUDES ALIMENTAIRES

Avez-vous ressenti un lien entre l'apparition de votre vascularite et vos habitudes alimentaires ?  Oui  Non

Commentaires éventuels : .....

Un régime alimentaire vous a-t-il été conseillé en lien avec votre vascularite ?  Oui  Non

Si oui lequel ? (ex: Régime Seignalet, Kousmine, sans sel, sans sucre ... ou autre) : .....

Par qui vous a-t-il été conseillé ?

Un(e) diététicienn(e)  Un(e) médecin nutritionniste  Médecin traitant

Médecin spécialiste vascularites  Autre

Si vous avez choisi "Autre" à la question précédente, merci de préciser : .....

Vous a-t-il apporté un mieux être au quotidien ?  Oui  Non

Avez-vous ressenti ?  Une amélioration des symptômes  Une dégradation des symptômes  Aucun changement

Si oui, quel(s) symptôme(s) ?

.....

## MES HABITUDES ALIMENTAIRES AVANT ET APRES LES DIAGNOSTIC DE MA MALADIE

Dans cette partie du questionnaire, les questions vous sont posées 2 fois. A gauche, pour évaluer vos habitudes alimentaires AVANT la maladie. A droite, pour évaluer vos habitudes alimentaires DEPUIS la maladie.

	AVANT MA MALADIE	DEPUIS MA MALADIE
Souffr(i)ez-vous d'une allergie alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle ? .....
Et(i)ez-vous :	<input type="checkbox"/> Omnivore (vous mang(i)ez de tout) <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Omnivore (vous mangez de tout) <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien <input type="checkbox"/> Autre : .....
Quelles sont (étaient) vos préférences alimentaires ?	<input type="checkbox"/> Sucré <input type="checkbox"/> Salé <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Acide <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Sucré <input type="checkbox"/> Salé <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Acide <input type="checkbox"/> Autre : .....
Quelles sont (étaient) vos méthodes de cuisson ?	<input type="checkbox"/> cuisson avec matières grasses <input type="checkbox"/> cuisson à la vapeur <input type="checkbox"/> cuisson à l'eau <input type="checkbox"/> cuisson au micro-ondes <input type="checkbox"/> friture <input type="checkbox"/> grillade/barbecue <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> cuisson avec matières grasses <input type="checkbox"/> cuisson à la vapeur <input type="checkbox"/> cuisson à l'eau <input type="checkbox"/> cuisson au micro-ondes <input type="checkbox"/> friture <input type="checkbox"/> grillade/barbecue <input type="checkbox"/> Autre : .....
Utilis(i)ez-vous des matières grasses pour cuisiner ? Lesquelles ?	<input type="checkbox"/> le beurre <input type="checkbox"/> l'huile d'olive <input type="checkbox"/> l'huile de colza <input type="checkbox"/> le saindoux <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> le beurre <input type="checkbox"/> l'huile d'olive <input type="checkbox"/> l'huile de colza <input type="checkbox"/> le saindoux <input type="checkbox"/> Autre : .....

	AVANT MA MALADIE	DEPUIS MA MALADIE
Avant l'appari- tion de votre vascularite, Consomm(i)ez- vous ?	<input type="checkbox"/> Du lait <input type="checkbox"/> De la charcuterie <input type="checkbox"/> De la viande <input type="checkbox"/> Du poisson <input type="checkbox"/> Des fruits de mer <input type="checkbox"/> Des œufs <input type="checkbox"/> Des fruits <input type="checkbox"/> Des légumes <input type="checkbox"/> Des féculents ( pain, riz, pâtes, semoule, pommes de terre, etc.) <input type="checkbox"/> Des légumineuses (lentilles, flageolets, pois chiches, etc.) <input type="checkbox"/> Des graines et oléagineux (avocats, amandes, noix, noisettes, noix de coco, graine de courges, graines de tournesol, etc.) <input type="checkbox"/> Des fromages <input type="checkbox"/> Des yaourts et fromages blancs <input type="checkbox"/> Des produits sans lactose <input type="checkbox"/> Des laits végétaux <input type="checkbox"/> Des produits sans gluten <input type="checkbox"/> Des compléments hyper-protéinés <input type="checkbox"/> Des produits vegans <input type="checkbox"/> De l'alcool <input type="checkbox"/> Des sodas <input type="checkbox"/> Des jus de fruits	<input type="checkbox"/> Du lait <input type="checkbox"/> De la charcuterie <input type="checkbox"/> De la viande <input type="checkbox"/> Du poisson <input type="checkbox"/> Des fruits de mer <input type="checkbox"/> Des œufs <input type="checkbox"/> Des fruits <input type="checkbox"/> Des légumes <input type="checkbox"/> Des féculents ( pain, riz, pâtes, semoule, pommes de terre, etc.) <input type="checkbox"/> Des légumineuses (lentilles, flageolets, pois chiches, etc.) <input type="checkbox"/> Des graines et oléagineux (avocats, amandes, noix, noisettes, noix de coco, graine de courges, graines de tournesol, etc.) <input type="checkbox"/> Des fromages <input type="checkbox"/> Des yaourts et fromages blancs <input type="checkbox"/> Des produits sans lactose <input type="checkbox"/> Des laits végétaux <input type="checkbox"/> Des produits sans gluten <input type="checkbox"/> Des compléments hyper-protéinés <input type="checkbox"/> Des produits vegans <input type="checkbox"/> De l'alcool <input type="checkbox"/> Des sodas <input type="checkbox"/> Des jus de fruits
Concernant les fruits, les mang(i)ez-vous crus ou cuits ?	<input type="checkbox"/> Crus <input type="checkbox"/> Cuits <input type="checkbox"/> Non concerné <input type="checkbox"/> Crus et cuits sans préférences	<input type="checkbox"/> Crus <input type="checkbox"/> Cuits <input type="checkbox"/> Non concerné <input type="checkbox"/> Crus et cuits sans préférences
Concernant les légumes, les mangiez-vous crus ou cuits ?	<input type="checkbox"/> Crus <input type="checkbox"/> Cuits <input type="checkbox"/> Non concerné <input type="checkbox"/> Crus et cuits sans préférences	<input type="checkbox"/> Crus <input type="checkbox"/> Cuits <input type="checkbox"/> Non concerné <input type="checkbox"/> Crus et cuits sans préférences
Mang(i)ez- vous des plats industriels préparés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Occasionnellement
Quelle eau buv (i)ez-vous ?	<input type="checkbox"/> Eau du robinet <input type="checkbox"/> Eau minérale en bouteille <input type="checkbox"/> Eau filtrée <input type="checkbox"/> Eau de source en bouteille <input type="checkbox"/> Eau gazeuse En quelle quantité ?.....	<input type="checkbox"/> Eau du robinet <input type="checkbox"/> Eau minérale en bouteille <input type="checkbox"/> Eau filtrée <input type="checkbox"/> Eau de source en bouteille <input type="checkbox"/> Eau gazeuse En quelle quantité ?.....
Pren(i)ez-vous des complé- ments alimen- taires ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ? .....
Eprov(i)ez- vous des dou- leurs ou gênes après la prise d'aliments particuliers ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ? (maux de ventre, ballonnements, maux de tête, diarrhées, vomissement, symptômes de la vascularite, fatigue ...) : ..... ..... Quels aliments ? ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ? (maux de ventre, ballonnements, maux de tête, diarrhées, vomissement, symptômes de la vas- cularite, fatigue ...) : ..... ..... Quels aliments ? ..... .....

	AVANT MA MALADIE	DEPUIS MA MALADIE
Faites (Faisiez)-vous appel au jeun ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pour quelles raisons ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pour quelles raisons ? .....
	.....	.....
	A quelle fréquence ? (1x/an ...) : .....	A quelle fréquence ? (1x/an ...) : .....
	Pendant combien de temps : .....	Pendant combien de temps : .....
	Selon avis médical : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Selon avis médical : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### HABITUDES ALIMENTAIRES RECENTES

Les questions suivantes concernent vos modifications récentes de consommation de certains aliments. Il s'agit d'évaluer l'impact que ces changements auraient pu avoir sur vos symptômes liés à votre vascularite.

<b>Concernant les produits sucrés (sucre en poudre, pâtisseries, gâteaux, yaourts sucrés, barres chocolatés, chocolats, etc.)</b>	Avez-vous : <input type="checkbox"/> Augmenté votre consommation <input type="checkbox"/> Réduit votre consommation <input type="checkbox"/> Fait aucun changement <input type="checkbox"/> Non concerné	Et avez-vous ressenti : <input type="checkbox"/> Une dégradation de vos symptômes <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Une amélioration de vos symptômes
<b>Concernant les aliments contenant du gluten (pâtes, riz, semoule, pain, etc.)</b>	Avez-vous : <input type="checkbox"/> Augmenté votre consommation <input type="checkbox"/> Réduit votre consommation <input type="checkbox"/> Fait aucun changement <input type="checkbox"/> Non concerné	Et avez-vous ressenti : <input type="checkbox"/> Une dégradation de vos symptômes <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Une amélioration de vos symptômes
<b>Concernant votre consommation de sel :</b>	Avez-vous : <input type="checkbox"/> Augmenté votre consommation <input type="checkbox"/> Réduit votre consommation <input type="checkbox"/> Fait aucun changement <input type="checkbox"/> Non concerné	Et avez-vous ressenti : <input type="checkbox"/> Une dégradation de vos symptômes <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Une amélioration de vos symptômes
<b>Concernant les produits laitiers (yaourts, fromages, lait) :</b>	Avez-vous : <input type="checkbox"/> Augmenté votre consommation <input type="checkbox"/> Réduit votre consommation <input type="checkbox"/> Fait aucun changement <input type="checkbox"/> Non concerné	Et avez-vous ressenti : <input type="checkbox"/> Une dégradation de vos symptômes <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Une amélioration de vos symptômes
<b>Concernant votre consommation de charcuterie (saucissons, rillettes, pâtés, jambons secs, merguez et saucisses, etc.) :</b>	Avez-vous : <input type="checkbox"/> Augmenté votre consommation <input type="checkbox"/> Réduit votre consommation <input type="checkbox"/> Fait aucun changement <input type="checkbox"/> Non concerné	Et avez-vous ressenti : <input type="checkbox"/> Une dégradation de vos symptômes <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Une amélioration de vos symptômes
<b>Concernant votre consommation de fruits et de légumes :</b>	Avez-vous : <input type="checkbox"/> Augmenté votre consommation <input type="checkbox"/> Réduit votre consommation <input type="checkbox"/> Fait aucun changement <input type="checkbox"/> Non concerné	Et avez-vous ressenti : <input type="checkbox"/> Une dégradation de vos symptômes <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Une amélioration de vos symptômes
Pour les fruits, les consommez-vous de préférence : <input type="checkbox"/> Crus <input type="checkbox"/> Cuits <input type="checkbox"/> Crus et cuits sans préférences <input type="checkbox"/> Non concerné		
Pour les légumes, les consommez-vous de préférence : <input type="checkbox"/> Crus <input type="checkbox"/> Cuits <input type="checkbox"/> Crus et cuits sans préférences <input type="checkbox"/> Non concerné		

## HABITUDES ALIMENTAIRES RECENTES (suite)

### Autres aliments

Avez-vous changé votre consommation concernant un autre aliment non cité ? (Exemple : oeufs, poissons, crustacés, matières grasses végétales, matières grasses animales, viandes, alcool, café...)

Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

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

Concernant cette consommation Avez-vous :

Augmenté votre consommation  Réduit votre consommation  Fait aucun changement  Non concerné

Et avez-vous ressenti :

Une dégradation de vos symptômes  Aucun changement  Une amélioration de vos symptômes

## QUALITE DE VIE

Si vous avez adapté votre régime alimentaire depuis l'apparition de votre maladie, avez-vous ressenti

• un mieux-être dans votre qualité de vie au quotidien ?:

Oui, légèrement  Oui, nettement  Non

Commentaires éventuels :

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

• un impact sur l'évolution de votre maladie ?

Oui, légèrement  Oui, nettement  Non

Commentaires éventuels : :

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

## Fin du questionnaire

C'est la fin du questionnaire, merci pour votre participation. Si vous voulez nous communiquer d'autres informations qui vous semblent pertinentes, la zone de commentaire ci-dessous est à votre disposition.

COMMENTAIRES