

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD

Centre Hospitalier Lyon Sud

165, Chemin du Grand Revoyet

69495 Pierre-Bénite cedex

France

N° FINESS : 690784137



Hospices Civils de Lyon

CENTRE DE BIOLOGIE SUD CBAPS - Bâtiment 3D

Service d'Immunologie Dr. Christine LOMBARD

UF d'Auto-Immunité Dr. Nicole FABIEN

Secrétariat :

Tél. 04 78 86 30 68

Fax 04 78 86 66 54

Consultez le catalogue des analyses
des Hospices civils de Lyon

<http://biobook.chu-lyon.fr>

Vous trouverez en fichier joint l'ensemble des analyses et les demandes de renseignements cliniques concernant la **recherche des anticorps anti-«système nerveux central»** (Fiche N°2-5).

- Le **bon de demande** d'examen de Biologie médicale à remplir par les laboratoires est en **Fiche 1** :

Seront réalisées les analyses inscrites sur cette fiche (si absence ou discordance avec la prescription médicale associée : seule la prescription médicale sera prise en compte)

- Conditions d'envoi : sérum **décanté**, LCR dans un **tube en plastique** (poudriers et contenants en verre refusés), envoi à température **réfrigérée** (5 +/- 3°C).

Recherche d'anticorps anti-neuronaux

Syndromes neurologiques paranéoplasiques – Pr. J. Honnorat

Analyses et renseignements cliniques : **Fiches 2 et 3**

- ➔ Analyses réalisées au **centre de Biologie Sud** – Dr. N. Fabien :
 - Anticorps anti-**onconeuronaux** (par technique d'immunodot)
- ➔ Analyses reçues au centre de Biologie Sud mais réalisées par le **centre de référence des syndromes neurologiques paranéoplasiques** (Pr. J. Honnorat) : Se référer à la **Fiche 2** de ce document
 - Certains anticorps ne sont recherchés que sur **LCR**. Toute prescription sur sérum fera l'objet d'une **non-conformité** sans retour du prélèvement possible. La fiche et le sérum seront toutefois transmis au Centre de Référence.

Recherche d'anticorps anti-aquaporine 4 et anti-MOG

Maladies Inflammatoires Rares du Cerveau et de la Moëlle (MIRCEM) –

centre constitutif de Lyon – Dr. R. Marignier

Analyses et renseignements cliniques : **Fiches 4 et 5**

- ➔ Analyses réalisées au **centre de Biologie Sud** par technique d'immunofluorescence indirecte sur cellules transfectées). L'échantillon est transmis au centre de référence pour confirmation d'un résultat positif ou douteux.
- ➔ Analyses reçues au centre de Biologie Sud mais réalisées par le **centre de référence MIRCEM** (Pr. R. Marignier) : voir **fiche 4** de ce document : **si demande explicite d'avis** à transmettre directement au centre de référence.
- ➔

Toute demande de **résultat non reçu** (le délai étant de **4 semaines**) doit être adressée au **laboratoire de biologie expéditeur de votre établissement**. Le laboratoire exécutant de Lyon ne donnera pas de résultats par téléphone ni par fax et transmettra des duplicatas uniquement par courrier et à la demande des laboratoires expéditeurs.



**Bon de demande d'examen
Biologie médicale ou Anato Cyto Pathologie**

Référence client à rappeler sur la facture ou sur le Compte rendu :

ETABLISSEMENT DEMANDEUR (ADRESSE DE FACTURATION)	DESTINATAIRE HCL
Nom :	Coordonnées :
Adresse	
Tél :	Tél :
Fax :	Fax :

PATIENT	PRELEVEMENT
Nom usuel :	Date du prélèvement :
Nom de naissance :	Heure du prélèvement :
Prénom :	
Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Conditions pré analytiques :
Date de naissance : --/--/----	
Lieu de naissance :	Nature du prélèvement :
N° SS de l'assuré : /-- /-- /-- /-- /--- /--- /--	

PRESCRIPTEUR

Nom du Médecin :
Coordonnées :

EXAMEN DEMANDE :

Commentaire :

Aucun bon de commande ne sera joint à la facture. Seules les références seront portées sur la facture.

En cas de réclamation sur une facturation de biologie, vous pouvez vous adresser :

Par téléphone au 04 72 11 53 12 ou 07 72 11 54 10

Par mail : facturation.lbmms@chu-lyon.fr

RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-NEURONAUX





Attention adresse d'envoi en bas de page

ETIQUETTE
PATIENT

N° FINISS : 690784178

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

		Analyse demandée		
		SERUM	LCR	
		Sang prélevé sur tube sec et sérum décanté 1mL pour les anti-onconeuronaux 1mL pour l'ensemble des autres tests	<p>Poudriers non acceptés risques de fuite importants **500µl minimum de LCR = 10 gouttes</p> 	
Trouble neurologique	Neuropathie périphérique ou atteinte centrale	<input type="checkbox"/> Anti-onconeuronaux sur sérum Technique par immunoblot (kit Euroimmun permettant la détection des anti-HU, RI, YO, CV2, MA1/MA2, Amphiphysine, DNER, GAD, SOX1, ZIC4 et Recoverine). En fonction du résultat, le laboratoire déclenchera des techniques spécifiques de confirmation.	<input type="checkbox"/> Anti-onconeuronaux sur LCR Technique par immunoblot (kit Euroimmun permettant la détection des anti-HU, RI, YO, CV2, MA1/MA2, Amphiphysine, DNER, GAD, SOX1, ZIC4 et Recoverine). En fonction du résultat, le laboratoire déclenchera des techniques spécifiques de confirmation.	
	Atteinte centrale (syndrome cérébelleux ou encéphalite autoimmune)	Anti-NMDAR : Pas d'analyse sur sérum Anti-Neuropile : Pas d'analyse sur sérum	<input type="checkbox"/> Anti-NMDAR sur LCR <input type="checkbox"/> Anti-Neuropile sur LCR Technique par immunohistochimie sur coupe de cerveau de rat (IHC). En cas de positivité, le laboratoire déclenchera des tests spécifiques de confirmation permettant de détecter les anti-NMDAR, AMPAR, DPPX, GlyR, mGluR1, mGluR5, AK5, GABA _B R, GABA _A R, IgLON5, LGI1, CASPR2, GAD et GFAP.	<p><i>En cas de demande conjointe : Anti-onconeuronaux et Anti-Neuropile, la recherche sera réalisée en immunohistochimie. En cas de positivité, le laboratoire déclenchera des tests spécifiques de confirmation.</i></p>
		<input type="checkbox"/> Anti-GABA _B R sur sérum		
		<input type="checkbox"/> Anti-GABA _A R sur sérum		
		<input type="checkbox"/> Anti-IgLON5 sur sérum		
<input type="checkbox"/> Anti-LGI1 sur sérum				
<input type="checkbox"/> Anti-CASPR2 sur sérum				

<p>ADRESSE D'ENVOI DES PRELEVEMENTS Laboratoire d'auto-immunité Dr Nicole Fabien Centre Hospitalier Lyon-Sud 69495 Pierre-Bénite Cedex Fax : 04 78 86 66 54</p>	<p>CONDITIONS DE TRANSPORT Sérum et LCR Température ambiante dans un délai de 2 jours Température réfrigérée dans un délai de 14 jours LCR : poudriers non acceptés – risques de fuite importants</p> 
<p>FACTURATION Immunoblot onconeuronaux : BHN 300 IHC neuropile : BHN 300 Tests spécifiques : BHN 300 <u>par test</u></p>	<p>DELAÏ DE REALISATION DE L'ANALYSE Variable selon le test demandé et les confirmations nécessaires Minimum 3 à 4 semaines</p>

QUESTIONNAIRE CLINIQUE
NECESSAIRE A LA RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-NEURONAUX
A ENVOYER AVEC LE PRELEVEMENT OU FAXER AU 04 72 35 76 33

Médecin demandeur			
Nom :			
Service :			
N° de téléphone :			
INDISPENSABLE adresse mail :			
Nom du patient :			
Prodromes	<input type="checkbox"/> Oui	⇒	<input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Etat fébrile <input type="checkbox"/> Troubles digestifs <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
	<input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Inconnu		
Présentation clinique	<input type="checkbox"/> Encéphalite limbique	⇒	<input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques <input type="checkbox"/> Troubles de la conscience <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Troubles mnésiques <input type="checkbox"/> Mouvements anormaux <input type="checkbox"/> Dysautonomie
	<input type="checkbox"/> Neuropathie sensitive		
	<input type="checkbox"/> Neuropathie sensitivomotrice		
	<input type="checkbox"/> Lambert Eaton		
	<input type="checkbox"/> Neuromyotonie		
	<input type="checkbox"/> Syndrome cérébelleux		
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser)		
IRM	<input type="checkbox"/> Normale		<input type="checkbox"/> Anormale
EEG	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Anormal
LCR	Nb d'éléments :	Protéïnorachie :	Bandes Oligoclonales : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tumeur	<input type="checkbox"/> Oui (préciser)		
	<input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Inconnu		
Traitement	<input type="checkbox"/> Corticoïdes		
	<input type="checkbox"/> Veinoglobulines		
	<input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques		
	<input type="checkbox"/> Immunosuppresseur		
	<input type="checkbox"/> Autre		

Pour un avis immunologique ou technique, contacter Mme ROGEMOND
 au 04 72 35 58 40 ou au 04 72 35 76 32.

Pour évoquer une problématique diagnostique ou thérapeutique, contacter
 le Pr HONNORAT au 04 72 35 78 06 ou par mail (jerome.honnorat@chu-lyon.fr)

Version 18 2020

SI-PréA-DE-001- 04

RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-MOG et ANTI-AQP4

La recherche des anticorps anti-MOG et AQP4 est réalisée exclusivement sur du sérum (minimum 1 ml de sérum).

En conséquence, nous ne pourrons donner suite aux demandes accompagnées du seul LCR (vous pouvez nous envoyer du LCR à titre d'intérêt scientifique).

Il est impératif de joindre l'histoire clinique du (de la) patient(e) ou la fiche de renseignement jointe (fiche 5).

Les tests au centre de référence sont réalisés par cytométrie de flux : cellules HEK surexprimant la protéine MOG (méthode adaptée de Mader et al. JNl 2011) ou surexprimant l'Aquaporine 4 (d'après Marignier et al. Neurology 2013).

Facturation : BHN300 pour chaque analyse

Délai de réponse : environ 3 semaines

Conditions de transport des échantillons biologiques :

Acheminement à température ambiante dans un délai de 2 jours.

Acheminement à température réfrigérée dans un délai de 14 jours.

Envoi des sérums décantés

Adresse d'envoi :

Laboratoire d'auto-immunité
Dr Nicole Fabien
Centre Hospitalier Lyon-Sud
69495 Pierre-Bénite Cedex

**Centre de Référence des Maladies Inflammatoires Rares du Cerveau et de la Moëlle (MIRCEM)
Centre Constitutif de Lyon – Dr Romain Marignier**

Pour un avis immunologique ou technique, contacter Me Anne RUIZ (Ingénieure d'Etude)
au 04.81.10.65.31 ou par mail (anne.ruiz@inserm.fr).

Pour un avis diagnostique ou thérapeutique, contacter le médecin du centre de référence au
04.72.35.78.77 ou par mail (mircem.lyon@chu-lyon.fr).

***Toute demande de résultat non reçu (le délai étant de 3-4 semaines) doit être adressée au laboratoire de biologie expéditeur des échantillons de votre établissement :** Le laboratoire exécutant de Lyon ne donnera pas de résultats par téléphone ni par fax et transmettra des duplicatas uniquement par courrier et uniquement à la demande des laboratoires expéditeurs.

*** Les demandes d'ajouts d'analyses doivent être adressées au laboratoire de biologie expéditeur des échantillons de votre établissement.**



Recherche d'anticorps anti-AQP4 anti-MOG

Identité du patient

NOM : _____ Date de naissance : _____
 Prénom : _____ Jour Mois Année
 Nom de naissance : _____ Homme Femme

Identité du médecin

NOM : _____ Tél. / fax : _____
 Prénom : _____ E-mail : _____
 Adresse postale : _____

Antécédents du patient

Maladie auto-immune : Oui Non
 Tumeur : Oui Non

Historique des épisodes neurologiques

Date	jj / mm / aa					
Névrite optique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Unilatérale / Bilatérale</i>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myélite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Étendue / Non étendue</i>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atteinte encéphalitique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>ADEM</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome du tronc cérébral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de l'area postrema		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres						
<i>Préciser</i>						

Traitement

Non Oui

Si oui : Corticoïdes
 Échanges plasmatiques
 Ig IV

Récupération

Complète Partielle Aucune

Historique paraclinique

	IRM				Date
	T1/Gado		T2/FLAIR/DP/DIR		
	Positif	Négatif	Positif	Négatif	
IRM encéphalique					Normale <input type="checkbox"/>
Supratentorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infratentorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IRM médullaire					Normale <input type="checkbox"/>
Étendu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IRM nerf optique					Normale <input type="checkbox"/>
Étendu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Liquide céphalo-rachidien

Leucocytes _____ /mm3 Lymphocytes _____ % Polynucléaires neutrophiles _____ %
 Protéinorachie _____ /mm3
 Présence de bandes oligoclonales Oui Non Non fait

Une recherche d'anticorps a-t-elle déjà été réalisée ?

Non Oui

Si oui : Anti-AQP4 Résultat _____
 Anti-MOG Résultat _____

Merci de joindre ce document au bordereau d'analyse