

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 pouvons 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 : _____	_____	_____	_____
Nom de naissance : _____		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> 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 <i>Unilatérale / Bilatérale</i>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="radio"/>				
Myélite <i>Étendue / Non étendue</i>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="radio"/>				
Atteinte encéphalitique <i>ADEM</i>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
Syndrome du tronc cérébral	<input type="checkbox"/>				
Syndrome de l'area postrema	<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	Supratentorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Normale <input type="checkbox"/>
	Infratentorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IRM médullaire	Étendu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Normale <input type="checkbox"/>
	Étendu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Normale <input type="checkbox"/>

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 _____