



Vous trouverez en fichier joint l'ensemble des analyses et les demandes de renseignements cliniques concernant la recherche des

***Anticorps associés aux neuropathies périphériques** (anticorps anti-« système nerveux périphérique »)

***Anticorps détectés au cours de différentes maladies neurologiques** (anticorps anti-« système nerveux central »)

→ Les analyses reçues et réalisées au Centre Hospitalier Lyon-Sud sont :

- anticorps anti-onco-neuronaux (dot RAVO)
- anticorps anti-GAD 65 (ELISA)
- anticorps anti-système nerveux périphérique (cf fiche 2)

→ Les analyses reçues au Centre Hospitalier Lyon-Sud et réalisées par le **Centre de Référence** de diagnostic et de traitement des syndromes neurologiques paranéoplasiques sont décrites dans la **fiche N°3**.

Vous pouvez consulter le catalogue des analyses des Hospices Civils de Lyon : <http://biobook.chu-lyon.fr>

Seules les analyses inscrites sur le bon de demande du laboratoire seront réalisées

Les sérums doivent être décantés et les LCR prélevés sur tube conique en plastique (tube en verre refusé)

La recherche d'autoanticorps anti- **NMDAr, AMPAr, GABA_B, mGluR1, mGluR5** est réalisée **uniquement** sur LCR.

En conséquence toute prescription de ces anticorps sur sérum sera annulée et le sérum ne sera pas renvoyé dans votre service. La fiche de demande et le sérum seront toutefois transmis au Centre de Référence qui contactera le service pour informer de cette non-conformité.

1. **Bon de demande d'examen de Biologie médicale ou Anatomico Cyto Pathologie.**
2. **Fiche de demande et formulaire de renseignements cliniques pour la recherche des autoanticorps associés aux neuropathies périphériques.**
3. **Liste des analyses réalisées par le Centre de Référence de diagnostic et de traitement des syndromes neurologiques paranéoplasiques (Professeur Jérôme Honnorat – Groupement Hospitalier Est-Lyon).**
4. **Formulaire de renseignements cliniques pour la recherche des anticorps détectés au cours des maladies neurologiques.**
5. **Formulaire de renseignements cliniques pour la recherche des anticorps anti-NMO/aquaporine 4 et MOG**
6. **Note d'information pour la recherche des autoanticorps anti-VGKC, NMO/aquaporine 4.**

Nicole FABIEN,
Praticien Hospitalier



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

Référence client à rappeler sur la facture :

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

PATIENT	PRELEVEMENT
Nom :	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 : relationclient.lbmms@chu-lyon.fr



Hôpitaux de Lyon

Autoanticorps et neuropathies périphériques

Laboratoire d'Auto-immunité Dr N. Fabien - Service d'Immunologie Pr J Bienvenu
 Dr Lorna Garnier (04 78 86 29 93, lorna.garnier@chu-lyon.fr)
 Centre hospitalier Lyon Sud 69 495 Pierre-Bénite Cedex

Analyses et cotation : 5 mL de sang sur tube sec

1- **Ac et neuropathies périphériques bilan complet** : IgG et IgM anti-gangliosides (GM1, GM2, GM3, GM4, GD1a, GD1b, GD2, GD3, GT1a, GT1b, GQ1b), anti-sulfatides + IgM anti-myéline/MAG/SGPG/SGLPG

2- **Ac anti-gangliosides et sulfatides**: IgG+IgM anti-gangliosides (GM1, GM2, GM3, GM4, GD1a, GD1b, GD2, GD3, GT1a, GT1b, GQ1b), anti-sulfatides par immunodot (GO48+GO49+GO50=BHN 370 / Monoclonalité I402 = BHN 300)

Utilité diagnostique : SGB, SMF, NMMBC, neuropathies chroniques associées à une IgM monoclonale à activité anti-gangliosides disialylés (CANOMAD) ou anti-GM1 ou anti-GD1b.

3- **Ac anti-myéline/MAG/SGPG par 2 techniques** : IgM anti-gaine de myéline par IFI (I402 = BHN 40) et IgM anti-MAG par ELISA (GO54 = BHN 70)

Si positivité en IFI : recherche de la monoclonalité de la réponse en IFI (2 X I402 = BHN 80)

Utilité diagnostique : dépistage des neuropathies périphériques démyélinisantes associées à une IgM monoclonale

4- **Dosage des IgM anti-MAG (GO54 = BHN 70) et IgM anti-SGPG (G145 = BHN 70) par ELISA**

Suivi des neuropathies périphériques associées à une IgM monoclonale à activité autoanticorps

Renseignements obligatoires à l'interprétation contextuelle

Cliniques

Neuropathie motrice : mono ou polyneuropathie, NMMBC

Neuropathie sensitivomotrice

Neuropathie sensitive pure ataxie

SLA ou syndrome SLA

PRNC

PRNA/SGB: sensitivomoteur ? moteur ? sensitif ?
 Atteinte oculomotrice ? bulbaire ?

SMF ? Encéphalite de B ? Ophtalmoplégie isolée ?

Contexte infectieux ?
 Vaccination ?

: Campylo ?
 Sérothérapie ?

Neuropathie associée à une IgM monoclonale IgM-kappa ? IgM-lambda ? taux = autre Ig ?
 MGUS ? Maladie de Waldenström ? Lymphome ? LLC ?
 Atteinte sensitive distale ? ataxie ? tremblements ?
 Durée de la neuropathie :

Autre neuropathie périphérique

Traitement en cours

Electrophysiologiques

Axonal

Myélinique

Axono-myélinique

Blocs de conduction persistants

Inexcitable

Allongement latences motrices distales

|| LCR
 GB /mm3
 protéines = g/L

CMV ? M pneumoniae ? autre ?

Délais de réponse : 8 jours



RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-NEURONAUX



Attention adresse d'envoi en bas de page

ETIQUETTE PATIENT

Il est impératif de joindre l'histoire clinique du patient à toute demande.

Trouble neurologique	Anticorps	Prélèvement nécessaire
Neuropathie sensitive et atteinte périphérique	<input type="checkbox"/> Anti-HU*	Sérum (minimum 1 ml de sérum) ou LCR (250µl minimum)
	<input type="checkbox"/> Anti-CV2*	
	<input type="checkbox"/> Anti-CASPR2	
Syndrome cérébelleux	<input type="checkbox"/> Anti-HU*	Sérum (minimum 1 ml de sérum) ou LCR 250µl minimum
	<input type="checkbox"/> Anti-CV2*	
	<input type="checkbox"/> Anti-YO*	
	<input type="checkbox"/> Anti-RI*	
	<input type="checkbox"/> Anti-MA1/MA2*	
	<input type="checkbox"/> Anti-Amphiphysine*	
	<input type="checkbox"/> Anti-GAD	
	<input type="checkbox"/> Anti-Neuropile	
Encéphalite limbique	<input type="checkbox"/> Anti-mGluR1	Analyse uniquement sur LCR (250µl minimum <u>par test</u>) Le sérum peut être joint (minimum 1 ml de sérum) à titre d'intérêt scientifique. Les analyses ne seront pas enregistrées sur sérum.
	<input type="checkbox"/> Anti-GABA _B r	
	<input type="checkbox"/> Anti-CASPR2	
	<input type="checkbox"/> Anti-DNER (Tr)	
	<input type="checkbox"/> Anti-HU*	
	<input type="checkbox"/> Anti-CV2*	
	<input type="checkbox"/> Anti-MA1/MA2*	
	<input type="checkbox"/> Anti-GAD	
	<input type="checkbox"/> Anti-Neuropile	
	<input type="checkbox"/> Anti-NMDAr	
<input type="checkbox"/> Anti-AMPAr		
<input type="checkbox"/> Anti-GABA _B r	Analyse uniquement sur LCR (250µl minimum <u>par test</u>) Le sérum peut être joint (minimum 1 ml de sérum) à titre d'intérêt scientifique. Les analyses ne seront pas enregistrées sur sérum.	
<input type="checkbox"/> Anti-GABA _A r		
<input type="checkbox"/> Anti-mGluR5		
<input type="checkbox"/> Anti-DPPX		
<input type="checkbox"/> Anti-GlyR		
<input type="checkbox"/> Anti-Igln5		
<input type="checkbox"/> Anti-AK5		
<input type="checkbox"/> Anti-LGI1		
<input type="checkbox"/> Anti-CASPR2		
<input type="checkbox"/> Anti-Recoverine		Analyse sur LCR (250µl minimum par test) ET sérum (1ml)
<input type="checkbox"/> Anti-Aquaporine 4		
Rétinopathie	<input type="checkbox"/> Anti-MOG	Sérum (minimum 1 ml de sérum) ou LCR 250µl minimum
Neuromyéélite optique	<input type="checkbox"/> Anti-MOG	Sérum (minimum 1 ml de sérum)
	<input type="checkbox"/> Autre anticorps (préciser) _____	Contactez le centre de référence au 0472355840/42

<p>ADRESSE D'ENVOI DES PRELEVEMENTS Laboratoire d'auto-immunité Dr Nicole Fabien Centre Hospitalier Lyon-Sud 69495 Pierre-Bénite Cedex Tel : 04 78 86 66 86</p>	<p>CONDITIONS DE TRANSPORT <i>Sang</i> Acheminement à température ambiante dans un délai de 2 jours, Acheminement à température réfrigérée dans un délai de 14 jours. <i>LCR</i> Acheminement à température ambiante dans un délai de 2 jours, Acheminement à température réfrigérée dans un délai de 14 jours.</p>
<p>FACTURATION Chaque test est coté BHN 300 *Sauf HU, RI, YO, CV2, MA1/MA2, Amphiphysine réalisés en Dot-Blot (1 seul test facturé BHN 300)</p>	<p>DELAI DE REALISATION DE L'ANALYSE Variable selon le test demandé, de 2 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 ou 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.

14/01/2016

Pour évoquer une problématique diagnostique ou thérapeutique, contacter
 le Dr Ducray au 04 72 68 13 21 ou par mail (francois.ducray@chu-lyon.fr)

Recherche d'anticorps anti-AQP4 anti-MOG

Date de première visite : / /
Jour Mois Année

IDENTITÉ DU PATIENT
 NOM : Prénom : Date de naissance : / /
Jour Mois Année
 Nom de naissance : Homme Femme

IDENTITÉ DU MÉDECIN
 NOM : Prénom : Tél. / fax :
 Adresse postale : E-mail :

Antécédents du patient

Le patient est caucasöide : Oui Non ... Si non, préciser :
 Maladie auto-immune : Non Oui ... Si oui, préciser :
 Tumeur : Non Oui ... Si oui, préciser :

1. HISTORIQUE DES ÉPISODES NEUROLOGIQUES

Phase rémittente	A		B		Phase progressive	C		D		E		
	1 ^{re} poussée	Nouvelle poussée	Début maladie			Sans poussée inaugurale	Avec poussée inaugurale	Poussée surajoutée				
Date de début de l'épisode :	Jour / Mois		Année		Jour / Mois		Année		Jour / Mois		Année	
Type de l'épisode (selon classification ci-dessus) :	<input type="text"/>											
Sémiologie de l'épisode												
Troubles de la marche ou de l'équilibre	<input type="checkbox"/>											
Gêne des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>											
Gêne des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>											
Troubles sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies...)	<input type="checkbox"/>											
Troubles sphinctériens	<input type="checkbox"/>											
Troubles sexuels	<input type="checkbox"/>											
Troubles oculomoteurs	<input type="checkbox"/>											
Atteinte motrice du visage	<input type="checkbox"/>											
Atteinte sensitive du visage	<input type="checkbox"/>											
Vertiges, hypoacousie	<input type="checkbox"/>											
Troubles de la parole ou de la déglutition	<input type="checkbox"/>											
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>											
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>											
Symptômes paroxystiques	<input type="checkbox"/>											
Fatigue	<input type="checkbox"/>											
Autre(s) : si oui, préciser	<input type="text"/>											
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>											
Syndrome clinique												
MYÉLITE TRANSVERSE	<input type="checkbox"/>											
<i>Extensive / Non extensive</i>	<input type="checkbox"/>											
NÉVRITE OPTIQUE	<input type="checkbox"/>											
<i>Unilatérale : Droite - Gauche / Bilatérale</i>	<input type="checkbox"/>											
AUTRE : si oui, préciser	<input type="text"/>											
Caractéristiques de l'épisode												
Score moteur maximal (DSS de Kurtzke/EDMUS GS)	<input type="text"/>											
Score visuel maximal (Échelle visuelle) <i>OD/OG</i>	<input type="text"/>											
Récupération <i>Complète / Incomplète / Nulle</i>	<input type="checkbox"/>											
Traitement corticoïde <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>											
<i>Si oui : i.v. / i.m. / oral</i>	<input type="checkbox"/>											
Échanges plasmatiques <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>											
Immunoglobulines i.v. <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>											
Immunosuppresseur <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>											
<i>Si oui, préciser</i>	<input type="text"/>											

2. HISTORIQUE DU HANDICAP IRRÉVERSIBLE

Handicap moteur (DSS de Kurtzke / EDMUS GS)	Mois		Année		Handicap visuel			
	Mois	Année	OD	Année	OG	Année	OG	Année
3 Périmètre de marche (PM) illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4 Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6 Marche avec aide uni- ou bilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7 Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 mètres d'une traite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10 Décès	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

(Score visuel d'après Kurtzke, 1983 & Wingerchuk *et al.*, 1999)

NOM, Prénom : _____

Date de naissance : _____

Jour Mois Année

3. HISTORIQUE PARACLINIQUE

IRM

Date : _____

	T1			T1/Gado			T2/PD/FLAIR			Nombre de lésions		
	Non fait	Négatif	Positif	Non fait	Négatif	Positif	Non fait	Négatif	Positif			
IRM ENCÉPHALIQUE INITIALE <input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> ANORMALE										Total <input type="radio"/> < 9, préciser nbre exact : _____ <input type="radio"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/> Lésions confluentes		
Supratentoriel										Péri-ventriculaires <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> ≥ 3		
Infratentoriel										Juxta-corticales <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> ≥ 1		
IRM MÉDULLAIRE LA PLUS PATHOLOGIQUE										Total 0 1 ≥ 2 		
Cervical										Lésion ≥ 3 segments vertébraux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dorsolombaire												
NERF OPTIQUE										Clichés vus Informations CR Cocher si FLAIR fait : <input type="checkbox"/>		
D												
G												

Potentiels évoqués

Date : _____

	Non fait	Normal	Anormal	DROITE	GAUCHE	Non fait	Normal	Anormal
Visuels								

Liquide céphalo-rachidien

Date : _____

Leucocytes	<input type="checkbox"/> Non fait	Nombre exact : _____	PNN, nombre exact : _____
Biochimie	LCR (mg/l) Sérum (g/l)		Index IgG : _____
	Protéines totales : _____ Albumine : _____ IgG : _____		
Bandes oligoclonales	<input type="radio"/> Non fait <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Ambigu		

Anticorps anti-DNMO

Date de prélèvement : _____

Une recherche des anticorps anti-DNMO a-t-elle été réalisée ?	<input type="radio"/> Oui — Si oui : <input type="radio"/> Non	Résultat : <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Positif
	Laboratoire : _____	
	Technique : IFI / CBA / FIPA / autre / inconnue	
	Si autre, préciser : _____	

4. HISTORIQUE DES TRAITEMENTS IMMUNOACTIFS

Nom du médicament	Date de début			Date d'arrêt			Raison de l'arrêt	Commentaire
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Désir de grossesse/Grossesse <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		

NOM, Prénom : _____

Date de naissance : _____

5. ÉVALUATION CLINIQUE DE LA MALADIE au moment de la visite d'inclusion

Date de l'examen : _____
Jour Mois Année

Ambulation

Capable de courir : Oui / Non

Périmètre de marche d'une traite : Illimité

Aide nécessaire : Aucune / unilatérale / bilatérale / fauteuil (se transfère seul) / fauteuil (aide au transfert)

>500 m 300-500 200-300 100-200 20-100 <20 m

Systèmes fonctionnels de Kurtzke

Pyramidal Tronc cérébral

Cérébelleux Visuel

Sensitif Cérébral

Sphincters Autre

EGS et EDSS de Kurtzke

DSS de Kurtzke / EDMUS GS EDSS de Kurtzke

RAPPEL DE L'ÉCHELLE DE HANDICAP MOTEUR : DSS de Kurtzke / EDMUS GS

- 0 Examen neurologique normal
- 1 Examen neurologique anormal ; aucune plainte fonctionnelle
- 2 Plaintes fonctionnelles modérées et autres que locomotrices ; peut courir
- 3 Périmètre de marche (PM) illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice
- 4 Marche sans aide ; PM limité, mais > 500 m d'une traite
- 5 Marche sans aide ; PM limité < 500 m d'une traite
- 6A Marche avec aide unilatérale permanente ; PM < 100 m d'une traite
- 6B Marche avec aide bilatérale permanente ; PM < 100 m d'une traite
- 7 Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 m d'une traite
- 8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs
- 9 Confiné au lit ; pas de mouvement utile des membres supérieurs
- 10 Décès

Acuité visuelle

OD OG

RAPPEL DE L'ÉCHELLE DE HANDICAP VISUEL (d'après Kurtzke, 1983 & Wingerchuk et al., 1999)

- 0 Examen normal
- 1 Amblyopie, AV ≥ 7/10
- 2 Amblyopie, AV ≥ 3/10 et ≤ 6/10
- 3 Amblyopie, AV = 2/10
- 4 Amblyopie, AV ≤ 1/10
- 5 Compte uniquement les doigts
- 6 Uniquement perception lumineuse
- 7 Absence de perception lumineuse

Moteur

FORCE 5 4 3 2 1 0 5 4 3 2 1 0

Épaule

Coude

Poignet/Doigts

Hanche

Genou

Cheville/Orteils

RAPPEL DE L'ÉCHELLE BMRC (British Medical Research Council)

- 5 Mouvement actif, normal
- 4 Mouvement actif, contre résistance
- 3 Mouvement actif, contre pesanteur
- 2 Mouvement actif, sans pesanteur
- 1 Contraction palpable ou visible
- 0 Absence de contraction

Sensitif

TACT Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

Bras

Avant-bras

Main/Doigts

Cuisse

Jambe

Pied/Orteils

Thorax

Abdomen

PIQÛRE / TEMPÉRATURE Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

Bras

Avant-bras

Main/Doigts

Cuisse

Jambe

Pied/Orteils

Thorax

Abdomen

VIBRATION Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

Épaule

Coude

Poignet/Doigts

Hanche

Genou

Cheville/Orteils

POSITION Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

Épaule

Coude

Poignet/Doigts

Hanche

Genou

Cheville/Orteils

Sphinctérien

MICTION

Pollakiurie Aucune / Modérée / Sévère

Miction impérieuse Aucune / Modérée / Sévère

Incontinence Aucune / Rare / Fréquente (>1/sem)

Dysurie Aucune / Modérée / Sévère

Rétention Aucune / Modérée / Sévère

Cathétérisation Aucune / Intermittente / Constante (≥3f)

DÉFÉCATION

Constipation Symptomatique

Diarrhée Requirant traitement

Incontinence

Mercl de faxer cette fiche au Centre de Coordination NOMADMUS au 04 72 68 49 03

Cachet professionnel (ou coordonnées du neurologue)



Note d'information pour la recherche des autoanticorps anti- NMDAr, AMPAr, GABAb, mGluR1, NMO/Aquaporine 4, ...

1. La recherche d'autoanticorps anti-NMDAr, AMPAr, GABAb, mGluR1, mGluR5, DPPX, sont réalisées **uniquement sur LCR prélevés sur tube en plastique conique de préférence**. Les tubes en verre seront refusés. Toute prescription de ces anticorps sur sérum sera annulée et le sérum ne sera pas renvoyé dans votre service. La fiche de demande et le sérum seront envoyés au centre de référence qui vous contactera pour vous informer de cette non-conformité.

2. Le centre de référence des syndromes neurologiques paranéoplasiques **ne réalise pas la recherche des autoanticorps anti-VGKC** qui n'ont plus de valeur clinique (Lai M, Lancet Neurol 2010 et Irani S, Brain 2010) (Pr. J. Honnorat) **mais uniquement la recherche des autoanticorps anti-LGI1 et CASPR2** (sérum et LCR).

Nous vous remercions ainsi d'utiliser la dénomination **LGI1 et CASPR2** pour votre prescription. **Toutes les prescriptions d'autoanticorps anti-VGKC seront annulées et les prélèvements ne seront pas renvoyés.**

Pour toute information concernant ces dosages, merci de vous adresser : G. PICARD 04.72.35.58.42

Si la plupart des autoanticorps anti-VGKC sont des anticorps anti-LGI1 ou CASPR2, certains anticorps réagissent spécifiquement et seulement avec les sous-unités Kv1 et de nombreuses autres protéines associées aux VGKC peuvent être la cible d'autoanticorps anti-VGKC.

- La recherche de ces auto-anticorps anti-VGKC peut ainsi être adressée :

* Laboratoire luxembourgeois d'Immunopathologie, 37 rue R. Fandel L14149 ESCH/ALZETTE Luxembourg
Tél. : 00 352 488 288 380 Fax : 00 352 488 288 385

*Dr. N.MARTIN-MOUTOT Faculté de Médecine Nord. INSERMU464 Bd P.Dramard. 13344 Marseille Cédex 15
Tél : 0491698834 ou 8943 / fax : 0491090506

*Pr A. VINCENT Neurosciences Group Weatherall Institute of Molecular Medicine John Radcliffe Hospital Oxford OX3 9DS UK

3. **Autoanticorps anti-NMO** : Les tests basés sur l'Aquaporine 4 sont plus sensibles et autant sinon plus spécifiques que la technique classique d'immunohistochimie (anti-NMO) (Waters et al., 2008; Jarius et al. 2010). Cette dernière technique n'est donc plus réalisée. Toute demande d'anticorps anti-NMO est transformée en demande d'anticorps anti-aquaporine 4, réalisée par un test CBA (Cell-Based Assay) ou FIPA (Fluorescent immunoprecipitation assay) (Wingerchuk, Neurology 2006;66:1485).