

PROTEINES TAU, P-TAU et AMYLOIDE dans le LCR

Modalités de prélèvements

EXAMEN TRANSMIS AU

CBP Est – Groupement Hospitalier Est

Biochimie et Biologie moléculaire
Service de Neurobiologie
69677 BRON cedex
Chef de service : Pr B. RENAUD
Laboratoire de diagnostic des maladies à prions
Isabelle QUADRIO
Téléphone : 04 72 35 76 81

Armand PERRET-LIAUDET
Téléphone : 04.72.35.76.83
Télécopie : 04 27 85 59 00

par



- ✓ **Au service clinique :**
 - 1 tube de LCR (3 mL, 2 mL minimum) dans le tube spécial fourni par votre laboratoire : tube en polypropylène à bouchon bleu (réf 216.0154 VWR tube PP 10 mL)

- ✓ **Au laboratoire :**
 - Centrifuger le prélèvement 10 minutes à 3900 rpm à 12°C
 - Décanter le surnageant dans un tube polypropylène
 - Conservation du prélèvement :
 - **avant** centrifugation :
 - maximum 2H à T° ambiante
 - maximum 4H à +4°C
 - **après** centrifugation, le surnageant se conserve à 4°C au maximum 48H. Si envoi différé, **CONGELER** à -80°C (**surtout de jamais CONGELER le surnageant à -20°C**)
 - Compléter la fiche de suivi analytique
 - Acheminement du prélèvement :
 - **à +4°C** si traité dans les temps
 - **CONGELER** si délai > à 48H
 - Joindre au prélèvement :
 - la fiche de suivi analytique
 - la fiche de renseignements cliniques

En fonction des délais et des conditions de conservation (absence de -80°C) → prélever du lundi au mercredi.

Délai de résultat : 1 mois

NB : le dosage de la protéine 14.3.3 peut être réalisé à partir du même prélèvement.

Toujours préciser le contexte de la demande

Contexte de la demande :

1. diagnostic précoce de MA (avant la démence)
2. diagnostic différentiel de MA et de MCJ ; MA et DLFT ; MA et DCL (plus difficile) ; MA et autres démences dégénératives (PSP, DCB ...) et autres non dégénératives (métaboliques, carencielles, éthyliques, psychiatriques ...)

RESEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES MALADIES DE CREUTZFELDT-JAKOB ET MALADIES APPARENTÉES

**DEMANDE DE DOSAGE LCR pour le diagnostic
Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR**

DATE de la demande : | | | | | | | | | | 12 | 10 | | | |
J M A

Médecin prescripteur : Nom : Prénom :

Tel | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | | |

Email

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance: | | | | | | | | | | | | | |
J M A

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des premiers signes : | | | | | | | | | |
M A

Nature des premiers signes :

- | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------|
| 1 - Déficit mnésique | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 2 - Aphasie | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 3 - Apraxie | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 4 - Agnosie | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 5 - Syndrome dysexécutif | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 6 - Syndrome confusionnel | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 7 - Dépression | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 8 - Syndrome extrapyramidal | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 9 - Chutes, syncopes, pertes de connaissance | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 10 - Antécédents familiaux | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 11 - IRM : Normal <input type="checkbox"/> Atrophie <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> | | |
| 12 - Génotype ApoE : | Non fait <input type="checkbox"/> | |

Diagnostiques évoqués

MMS

BREF

Autres

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE DEMANDEUR

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRELEVEMENT

DATE du prélèvement : | | | | | | | | | | 12 | 10 | | | | Envoi : Immédiat Différé
Jour Mois Année

→ Si envoi différé, conservation avant l'envoi à + 4°C - 80°C

Protéinorachie : | | | | | | | | g/l GB | | | | | | /mL GR | | | | | | /mL

Dosage Tau Ptau Abeta

LCR

Fiche de suivi préanalytique

<u>Identification</u>	Nom Prénom :
	Date de naissance :
	ou étiquette patient

DANS LE SERVICE CLINIQUE : Prélèvement dans le tube polypropylène (tube PP fourni)

Prélèvement date :
 Heure : envoi immédiat au labo du site avant 15H (jeudi dernier délai)

AU LABO

Vérification du tube tube PP conforme Oui Non
 Non = non réalisable

Heure d'arrivée : prélèvement à **traiter en priorité**
 Attente à +4°C maximum 2 H Oui Non

Heure de la centrifugation réfrigérée :

Surnageant en tube PP

Protéines totales = GB = GR = envoi à +4°C le plus rapidement possible

ENREGISTREMENT AU CBE LYON : 04 72 12 95 83

Code à enregistrer : **MA, PTL**
 Transmettre : renseignements, LCR et étiquettes AU **POSTE PL**