

BIOLOGIE MOLECULAIRE HEMATO-ONCOLOGIQUE

Dr. F. LAMBERT (04/366.25.47)

(CHU de Liège - Avenue de l'Hôpital - Tour de Pathologie B23 +3 - 4000 Liège)

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	Prénom :	ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<u>Adresse complète</u> Rue : Code postal : Ville :		ETIQUETTE PATIENT (espace réservé au laboratoire)
N° Mutuelle :		
N° Matricule :		
Titulaire :		

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :	Copie à :
N° INAMI :	
Adresse :	
Téléphone :	Date et signature :

PRELEVEMENT (indiquer clairement le nom, prénom et date de naissance du patient sur tous les tubes)

Date et heure de prélèvement :		Date et heure de réception :	
Type de prélèvement (cocher la case)	Biologie moléculaire		Délai de transmission au laboratoire
	EDTA / 2°C - 8°C		
<input type="checkbox"/> Moëlle hématopoïétique E	3 ml (un tube par analyse)		Le jour même avant 16h30 ; endéans les 16h à compter du prélèvement
<input type="checkbox"/> Sang E	3 ml (un tube par analyse)		

STATUT CLINIQUE

<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Prégreffe / Postgreffe : J+ <input type="checkbox"/> Traitement par : Date : J+..... <input type="checkbox"/> 1ère ligne <input type="checkbox"/> 2ème ligne	Renseignements cliniques:
--	---------------------------

CONTACTS

Dr F. LAMBERT / Dr Sc. B. KOOPMANSCH / Dr Sc. S. FRANKE / Dr Sc. R. FERNANDEZ CARAZO / Secrétariat : 04/366.24.78

A. DIAGNOSTIC / MISE AU POINT INITIALE

Si le diagnostic n'est pas encore connu lors de la prescription, transmettre au secrétariat copie du médullogramme, de l'histologie médullaire et du typage lymphocytaire quand disponibles (dispa.genetique@chuliege.be).

LEUCEMIE LYMPHOBLASTIQUE AIGUE (LLA)

(Règles INAMI (Article 33bis): maximum 2 tests IG/TR + 5 tests non IG/TR)

- Réarrangement des CDRs I, II, III de l'IgH et/ou IgK
- Réarrangement des TCR δ , γ et /ou β
- Recherche de gènes de fusion/translocations balancées (liste disponible sur le site web ^{*}) :
 - LLA-B** **LLA-T** **MPAL**
- NGS diagnostic ^{**} (Préciser date et site de la COM _____)
***** (Règles INAMI : Convention NGS)**

Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
Moelle	ADN
Moelle	ADN
Moelle	ARN
Moelle	ADN

LEUCEMIE MYELOBLASTIQUE AIGUE (LMA)

(Règles INAMI (Article 33bis): maximum 8 tests)

- 1^{ère} Ligne :** Mutation somatique des gènes : *FLT3* *NPM1* *CEBPA*
 - Recherche de gènes de fusion/translocations balancées
- 2^{ème} Ligne :** NGS diagnostic ^{**} (Préciser date et site de la COM _____)
***** (Règles INAMI : Convention NGS)**

Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
Moelle	ADN
Moelle	ARN
Moelle	ADN

NEOPLASIE MYELOPROLIFERATIVE (NMP)

- Leucémie myéloïde chronique NMP classiques (PV / TE / PMF) Mastocytose systémique (MS)
- Leucémie chronique à neutrophiles (LCN) Leucémie chronique à éosinophiles (LCE)

(Règles INAMI : Maximum deux tests par demande/prélèvement)

- Transcrit BCR::ABL1 (t(9;22)(q34;q11)) (**Pas d'analyse BIOMOL si caryotype demandé**)
- Mutation exon 14 *JAK2* (V617F)
- Mutations exon 12 *JAK2* (**Ssi Polycythémie avec *JAK2 V617F neg* et *EPO sérique bas***)
- Mutations exon 9 *CALR* Mutations W515 K/L *MPL* (**Ssi TE ou PMF, pas PV**)
- Transcrit *FIP1L1::PDGFRA* (**si SHE/LCE, PAS pour les suspicions PV**)
- Mutation exon 17 *c-KIT* (D816V) (**si Mastocytose**)
- NGS diagnostic ^{**} (**si PMF ou TE; indication limitée par ComperMed, PAS pour les suspicions PV**) (Préciser date et site de la COM: _____)
***** (Règles INAMI : Convention NGS)**

Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
Sang	ARN
Sang	ADN
Moelle	ADN
Moelle	ADN
Moelle	ARN
Moelle	ADN
Moelle	ADN

OVERLAP SYNDROME (OS) : NMP/SMD

- LMC atypique/Phi- LMCC JMML SMD/NMP-RS-T SMD/NMP-U

(Non remboursé par l'INAMI)

- Recherche de gènes de fusion/translocations balancées
- NGS diagnostic (Préciser date et site de la COM: _____)
***** (Règles INAMI : Convention NGS)**

Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
Moelle	ARN
Moelle	ADN

A. DIAGNOSTIC / MISE AU POINT INITIALE (SUITE)

SYNDROMES MYELODYSPLASIQUES (SMD)

(Conditions de réalisation consultables sur le site web, Convention NGS)

- Gènes du splicéosome complet (*SRSF2, U2AF1, ZRSR2...*)
- Gènes du splicéosome sélectif: *SF3B1* (*si diagnostic suspecté de SMD-Ring Sidéroblastes*)
- Mutations de *TP53* (*si syndrome 5q- préalablement diagnostiqué*) (*Pronostic*)
- NGS diagnostic ** (Préciser date et site de la COM _____)

*** (Règles INAMI : Convention NGS)

Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
Moelle	ADN
Moelle	ADN
Moelle	ADN

LEUCEMIE LYMPHOIDE CHRONIQUE (LLC) - LEUCEMIE PROLYMPHOCYTAIRE (LPL-B ou -T) - LEUCEMIE A TRICHOLEUCOCYTES (LT/HCL) - LEUCEMIES A GRANDS LYMPHOCYTES T GRANULEUX (LGL-T)

(Règles INAMI : maximum 2 tests IG + 3 tests non IG)

- LLC :
 - TP53* Statut mutationnel IgH (IgVH) (Règles INAMI : si <65ans) *NOTCH1*
- HCL : Mutation exon 15 *BRAF* (V600E)
- LPL-B : Réarrangement des CDRs I, II, III de l'IgH et/ou IgK
- LPL-T / LGL-T:
 - Réarrangement des TCR γ et/ou β Mutation *STAT3*

Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
Sang	ADN
Sang	ADN
Sang	ADN
Sang	ADN

LYMPHOME HODGKINIEN : Pas d'analyse de Biologie Moléculaire disponible (voir labo ANAPATH)

LYMPHOME NON HODGKINIEN (LNH)

Analyses sur biopsies ganglionnaires à transmettre au labo d'Anapath *

(Règles INAMI : maximum 2 tests IG/TR + 3 tests non IG/TR)

- LNH-B : Réarrangement des CDRs I, II, III de l'IgVH et/ou IgK (*si utile au diag*)
- LNH-T : Réarrangement des TCR γ et/ou β (*si utile au diag*)
- LLP / WT :
 - MYD88* L265P *CXCR4*
- LNH du Manteau : qPCR *SOX11*

Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
Moelle	ADN
Moelle	ADN
Moelle	ADN
Moelle/Sang	ARN

GMOI—MYELOME MULTIPLE (MM)

- Réarrangement monoclonal des CDRs I, III et / ou DH-JH de l'IgH (*si utile au diag*)

Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
Moelle	ADN

B. SUIVI / MALADIE RESIDUELLE

** Analyses facturées via art.33bis. Remboursement de max 1 marqueur, max 4X/an, si identifié « positif » au diagnostic. Suivi remboursé de maximum 1 marqueur si "positif" au diagnostic, maximum 4x/année de suivi.*

*** Analyses facturées via art.33ter*

Menu des analyses	Type de prélèvement requis	Type d'acide nucléique
<input type="checkbox"/> NGS Maladie Résiduelle Mesurable LAL ou MM *	Moelle	ADN
<input type="checkbox"/> Quantification de <i>BCR::ABL1</i> , t(9;22)(q34;q11) (pas au diagnostic) ** <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi LMC sous traitement par TKI I/II/III génération (max 4X/an) <input type="checkbox"/> Suivi LMC en « treatment free remission (TFR) / Interruption de traitement » : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1^{re} année après l'arrêt de l'ITK (max 12X/an) <input type="checkbox"/> 2^{ème} année après l'arrêt de l'ITK (max 6X/an) 	Sang	ARN
<input type="checkbox"/> Quantification de <i>NPM1c+</i> (si muté au diagnostic) *	Moelle/Sang	ARN
<input type="checkbox"/> Quantification de <i>WT1</i> (si surexprimé au diagnostic) *	Moelle/Sang	ARN
<input type="checkbox"/> Quantification de transcrits x (.....) (si surexprimé au diagnostic) (max 4X/an)	Moelle/Sang	ARN
<input type="checkbox"/> Mutation de résistance aux TKI <i>BCR::ABL1</i> (sous-traitance) (max 1X/an)	Moelle/Sang	ARN

C. MALADIES HEREDITAIRES

Voir Formulaire de Demande Génétique Humaine—Constitutionnel (MQ.A11.24)