

## Formulaire 1

### COORDONNATRICE DU CRMR WILSON

Dr Aurélia POUJOIS  
apoujois@for.paris

### Secrétariat

Vinciane WAMBERGUE  
Tél : 01 48 03 62 52  
Fax : 01 48 03 62 53  
cnr.wilson@for.paris

### SERVICE DE NEUROLOGIE

Dr Aurélia POUJOIS  
apoujois@for.paris

Dr Michael Alexandre OBADIA

aobadia@for.paris

### LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE

#### BIOLOGIQUE

Dr Joël POUPON  
01 49 95 66 00  
01 49 95 66 13  
joel.poupon@aphp.fr

Dr Nouzha DEJBRANI-OUSSEDIK

01 49 95 65 66  
01 49 95 66 13

nouzha.djebrani-oussedik@aphp.fr

Fiche de renseignements pour les maladies en lien  
avec le cuivre (Maladie de Wilson,  
Maladie de Menkès, Carence en cuivre,  
acéruлоplasminémie, etc...)

## *Données cliniques et biologiques*

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pour toute demande, merci de remplir cette fiche - Formulaire 1 :**

Demande de bilan cuivre et/ou zinc

*(Remplir également la demande de diagnostic et suivi de la maladie de Wilson du laboratoire de toxicologie biologique - Formulaire 2)*

### PATIENT

M  Mme  Melle

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **Pour les femme**

Contraception orale : Oui  Non  Ne sait pas

Grossesse en cours : Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, nb de semaines d'aménorrhée : \_\_\_\_\_

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

#### **EMAIL :**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

### NOMBRE DE TUBES ENVOYES :

\_\_\_ Héparinés

\_\_\_ Secs

\_\_\_ Urine

**Merci d'envoyer vos prélèvements à :**

**Réception Centralisée de Biologie**

**Hôpital Lariboisière**

**2 rue Ambroise Paré**

**75475 Paris Cedex 10**

<input type="checkbox"/> <b>MALADIE DE WILSON</b>	
*Dépistage familial de la MW: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez le lien de parenté par rapport au cas index :	
*Suspicion de MW : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Consanguinité possible entre les parents du sujet malade : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>	
*MW connue : Traitée depuis le ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Neurologique <i>ou</i> <input type="checkbox"/> Hépatique <i>ou</i> <input type="checkbox"/> Pré-symptomatique	
<input type="checkbox"/> CARENCE EN CUIVRE	<input type="checkbox"/> AUTRE ANOMALIE en lien avec le CUIVRE
<input type="checkbox"/> ACERULOPLASMINEMIE	<input type="checkbox"/> AUTRE
<input type="checkbox"/> MALADIE DE MENKES	Suspicion <input type="checkbox"/> Maladie connue <input type="checkbox"/>

<b>MANIFESTATIONS CLINIQUES</b>	
Signes hépatiques :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :	
Signes neurologiques :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :	
Signes psychiatriques :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :	
Anneau de KF :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Autres manifestations :	

<b>EXAMENS HEPATIQUES</b>	
Cytolyse :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez ASAT/ALAT (UI/L) :
Hémoglobine (g/100mL) :	Plaquettes ( $X10^3/mm^3$ ) :
Bilirubine ( $\mu mol/L$ ) :	TP (%) :
Si suspicion d'Acéruoplasminémie, précisez la Ferritine ( $\mu g/L$ ) : - la glycémie ( $\mu mol/L$ ) :	
La CRP (mg/L) :	
Echo abdo:	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez les résultats :	

<b>EXAMENS NEUROLOGIQUES</b>	
IRM cérébrale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez les résultats :	
<b>BILAN CUPRIQUE ANTERIEUR</b> (si réalisé hors laboratoire de Lariboisière)	
Cuprémie totale : _____ <input type="checkbox"/> $\mu mol/L$ <input type="checkbox"/> mg/L	Fait le : ____/____/____
Céruoplasmine : _____ <input type="checkbox"/> $\mu mol/L$ <input type="checkbox"/> mg/L	Fait le : ____/____/____
Cuprurie : _____ <input type="checkbox"/> $\mu mol/L$ <input type="checkbox"/> $\mu g/L$ <input type="checkbox"/> $\mu mol/24h$ <input type="checkbox"/> $\mu g/24h$	Fait le : ____/____/____

<b>TRAITEMENTS</b>	<b>Dose</b>	<b>Dose et heure de la dernière prise et dose</b>
Trolovol 300mg		
Trientine 300mg		
Cuprior 150mg		
Cufence 200mg		
Wilzin 50mg ou 25 mg		
Sulfate de zinc 200mg		

**DIAGNOSTIC ET SUIVI DES MALADIES DU CUIVRE**  
(Maladie de Wilson, de Menkès, carence en cuivre et acéruлоplasminémie)

Date de prélèvement \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_ h congelé à \_\_\_ h

Hôpital :

Etiquette patient	Service	Médecin prescripteur	Préleveur
-------------------	---------	----------------------	-----------

**Analyses demandées**

- |  |   |
|--|---|
| CUIVRE SÉRIQUE : <input type="checkbox"/>    | CUIVRE ÉCHANGEABLE ET REC : <input type="checkbox"/>                    |
| ZINC SÉRIQUE : <input type="checkbox"/>      | ACTIVITÉ FERROXYDASIQUE DE LA CÉRULOPLASMINE : <input type="checkbox"/> |
| CUIVRE URINAIRE * : <input type="checkbox"/> | CUIVRE DANS LE LCR : <input type="checkbox"/>                           |
| ZINC URINAIRE * : <input type="checkbox"/>   | CUIVRE DANS LE LAIT MATERNEL : <input type="checkbox"/>                 |
| * Diurèse : .....                            | AUTRE : <input type="checkbox"/> .....                                  |

**Prélèvements et conditions d'acheminement**

➤ **Cuivre total, cuivre échangeable et activité de la céruloplasmine :**

Tube sec sans gel (bouchon rouge) ou tube hépariné (bouchon vert).  
(Les tubes contenant de l'EDTA sont à proscrire impérativement).



- 1 tube de 7 mL ou 2 tubes de 5 mL.
- Le cuivre échangeable est stable 24 h à température ambiante / 3 mois si congelé à - 20 °C.

**Si envoi > 24 heures**

- ⇒ Centrifuger les tubes de sang rapidement après la prise de sang
- ⇒ Décanter le plasma/sérum et congeler puis envoi congelé au laboratoire

➤ **Zinc sérique :** Vacutainer® Oligo-éléments Bleu Marine, 6 mL

(Becton Dickinson, réf. n° 368380 ou 367735) ou Monovette® (Sarstedt).



➤ **Cuivre et zinc urinaire :** Echantillon d'urine de 10 mL (de préférence urines de 24 h + diurèse).

➤ **Cuivre dans le LCR :** 20 gouttes de LCR (non hémorragique) dans un tube propre



➤ **Cuivre dans le Lait maternel :** 1 mL de lait au minimum dans un pot propre.



- ⇒ Accompagner impérativement les prélèvements du **formulaire n° 1**
- ⇒ Pour un primo dépistage un prélèvement urinaire est souhaitable
- ⇒ Les urines peuvent être envoyées congelées

Envoi des échantillons :  
**RECEPTION CENTRALISÉE DE BIOLOGIE**  
**HOPITAL LARIBOISIÈRE**  
**2, RUE AMBROISE PARÉ**  
**75475 PARIS CEDEX 10**