CeGaT

CeGaT GmbH | Paul-Ehrlich-Str. 23 | D-72076 Tübingen | Germany

Frau
Dr. med. Erika Muster
Paul-Ehrlich-Str. 23
72076 Tübingen

Patient	XXX, XX
ID #	weiblich (*TT.MM.JJJJ)
Probeneingang	xxx
Material	DNA
Externe ID	#
Befunddatum	xxx
Befund-ID	R#

Molekulargenetischer Befund – XXX, XX (*TT.MM.JJJJ)

Indikation Epilepsie

Auftrag Panel-Diagnostik: Familiäre und Idiopathische Epilepsie (Exomanreicherung)

Ergebnis: Auffälliger Befund

- **Nachweis einer pathogenen Variante im Gen *NPRL3*, die mit einer familiären fokalen Epilepsie assoziiert und ursächlich für die Symptomatik Ihrer Patientin ist.**
- Es wurden keine genomischen Zugewinne oder Verluste gefunden, die nach derzeitigem Kenntnisstand für die Erkrankung Ihrer Patientin ursächlich sind.

Gen	Variante	Zygotie	Erbgang	MAF (%)	Bewertung
NPRL3	**c.189-1G>A; p.?** **chr16:169255 C>T (hg19)**	**het.**	**AD**	**-**	**pathogen**

Informationen zur Interpretation dieser Tabelle können im Abschnitt *Ergänzende Informationen* eingesehen werden.

Empfehlung

Wir empfehlen eine weiterführende klinische Diagnostik und Versorgung entsprechend dem aktuellen Protokoll für *NPRL3*-assoziierte Epilepsie (Patel & De Jesus, 2023, PMID: 33232046).

Um festzustellen, ob die Variante im Gen *NPRL3 de novo* entstanden ist, empfehlen wir die Untersuchung der Eltern der Patientin hinsichtlich dieser Veränderung. Bitte berücksichtigen Sie, dass für pathogene Varianten in *NRPL3* eine reduzierte Penetranz beschrieben wurde.

Humangenetische Relevanz

Die Patientin ist heterozygote Trägerin einer pathogenen Variante im Gen *NPRL3*, die für die Familienplanung und auch für Verwandte relevant sein kann.

Wir weisen darauf hin, dass formalgenetisch jede Variante mit einer Wahrscheinlichkeit von jeweils 50 % weitervererbt werden kann.

Klinische Information und Varianten-Interpretation

NPRL3, NM_001077350.3

OMIM / Referenz	Phänotyp	Erbgang
617118	Familiäre fokale Epilepsie mit variablen Foci 3 (FFEVF3)	AD

Das Gen ***NPRL3*** kodiert für eine Untereinheit des GATOR1-Komplexes, der den mTORC1-Signalweg reguliert. Heterozygote pathogene Varianten in *NPRL3* sind mit fokaler läsioneller und nicht-läsioneller Epilepsie mit reduzierter Penetranz assoziiert (u. a. Ricos et al., 2016, PMID: 26505888; Sim et al., 2016, PMID: 26285051; Korenke et al., 2016, PMID: 26786403). Die fokalen Anfälle gehen bei verschiedenen Familienmitgliedern von unterschiedlichen kortikalen Lokalisationen aus (temporal, frontal, zentroparietal, parietal, parietal-okzipital, okzipital) und Anfallstyp sowie Schweregrad variieren selbst zwischen Familienmitgliedern (ORPHA:98820).

NPRL3, c.189-1G>A; p.? (het.), ClinVar ID: 1012387

ACMG/ACGS Kriterium	Punkte	Erklärung
PVS1	+8	Die Veränderung führt wahrscheinlich zum Verlust (oder Trunkierung) des Proteins und entspricht somit dem bekannten Pathomechanismus für eine *NPRL3*-assoziierte Erkrankung.
PS4 (supporting)	+1	Die Prävalenz der Variante bei betroffenen Personen ist im Vergleich zur Prävalenz bei Kontrollpersonen deutlich erhöht.
PM2	+2	Die Variante ist nicht in der Populationsdatenbank gnomAD gelistet.
ACMG/ACGS Klassifizierung: pathogen	+11	B (≤ -7) | LB (-6 – -1) | VUS (Ice Cold) (0) | VUS (Cold) (1) | VUS (Cool) (2) | VUS (Tepid) (3) | VUS (Warm) (4) | VUS (Hot) (5) | LP (6 – 9) | **P (≥ 10)**

Für jede genetische Diagnostik wird eine genetische Beratung empfohlen, insbesondere wenn eine genetische Erkrankung diagnostiziert wurde.

Befund erstellt von: XXX

Geprüft durch: XXX

Validiert durch: XXX

Mit freundlichen Grüßen

Saskia Biskup

Dr. med. Dr. rer. nat. Saskia Biskup

Fachärztin für Humangenetik

CeGaT GmbH | Paul-Ehrlich-Str. 23 | 72076 Tübingen
Tel: 07071 565 44 55 | Fax: 07071 565 44 56 | info@cegat.de | www.cegat.de
Amtsgericht Stuttgart - HRB 729958 | Ust-IdNr: DE265504070
Volksbank in der Region eG | IBAN: DE73 6039 1310 0543 4480 02 | SWIFT / BIC: GENODES1VBH
Geschäftsführer: Dr. Dr. Saskia Biskup, Dr. Dirk Biskup, Dr. Detlef Schumann

CAP ACCREDITED COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS
CLIA CERTIFIED ID: 99D2130225
Akkreditiert durch das College of American Pathologists

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13206-01-00
Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2014

Ergänzende Informationen

Untersuchte Regionen

Für die oben genannte Patientin wurde eine Exom-Sequenzierung durchgeführt. Die Analyse wurde auf die folgenden Regionen beschränkt:

CACNA1A, ***CHRNA2***, ***CHRNA4***, ***CHRNB2***, ***DEPDC5***, ***GABRA1***, ***GABRB3***, ***GABRG2***, ***GRIN2A***, ***HCN1***, ***KCNA1***, ***KCNMA1***, ***KCNQ2***, ***KCNQ3***, ***KCNT1***, ***LGI1***, ***MTOR***, ***NPRL2***, ***NPRL3***, ***PCDH19***, ***PRRT2***, ***RELN***, ***RORB***, ***SCN1A***, ***SCN1B***, ***SCN2A***, ***SCN3A***, ***SCN8A***, ***SLC2A1***, ***STX1B***, ***TBC1D24*** (Familiäre und Idiopathische Epilepsie)

Folgende (Differential-)Diagnosen wurden ebenfalls im Rahmen der Auswertung unserer Sequenzierdaten berücksichtigt: Epileptische Enzephalopathie

Allgemeine Hinweise

Varianten in nicht untersuchten Bereichen der analysierten Gene (z.B. Introns, untranslatierte Regionen (UTRs), Promotor oder Enhancer), in Bereichen mit multiplen Kopien hoher Sequenzhomologie, Repeat-Expansionen sowie Kopienzahlveränderungen einzelner Exons oder eines gesamten Gens können nicht sicher erfasst und somit nicht ausgeschlossen werden. Des Weiteren können Mosaike mit geringem Frequenzanteil nicht sicher erfasst und somit ebenfalls nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund neuer Erkenntnisse oder verbessertem wissenschaftlichen Verständnis kann sich die Einschätzung von Varianten zu einem späteren Zeitpunkt verändern.

Information zur Interpretation der Tabellen

Erbgang: AD – autosomal dominant; AR – autosomal rezessiv; XL – X-chromosomal; mito – mitochondrial

MAF: Die ***minor allele frequency*** gibt Auskunft über die Seltenheit einer Variante in der Bevölkerung. Für Varianten, die auf der mitochondrialen DNA kodiert sind, wird die Frequenz homoplasmatischer Träger in einer Referenzpopulation angegeben (gnomAD).

Bewertung: Die Klassifizierung von Varianten basiert auf den Richtlinien der ACMG, der ACGS-2020v4.01 sowie der ClinGen SVI WG (Richards et al., 2015, PMID: 25741868; Ellard et al., 2020, Association for Clinical Genomic Science; https://clinicalgenome.org/working-groups/sequence-variant-interpretation/). Die Gewichtung der Kriterien bzw. deren Modifikation erfolgt nach den aktuellen Empfehlungen der ACGS in den Stärken *Very Strong* (+ 8), *Strong* (+/- 4), *Moderate* (+/- 2), sowie *Supporting* (+/- 1). Entsprechend der jeweiligen Kategorie (pathogen, benigne) und Kriteriumsstärke werden oben genannte positive oder negative Punkte vergeben (Tavtigian et al., 2020, PMID: 32720330). Varianten unklarer Signifikanz (VUS) werden nach ihrer Wahrscheinlichkeit zukünftig eine pathogene Klassifikation zu erreichen einem Temperaturgradienten folgend in *hot*, *warm*, *tepid*, *cool*, *cold* und *ice cold* VUS subkategorisiert. Die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit nimmt in dieser Reihenfolge von 90 % bis 10 % ab (Ellard et al., 2020, Association for Clinical Genomic Science). Erreicht eine Variante die Klasse pathogen werden, nach Prüfung aller benignen Kriterien, nicht zwingend alle weiteren anwendbaren Kriterien aufgeführt.

Die chromosomalen Positionen der im Befund aufgeführten Varianten beziehen sich auf das humane Referenzgenom hg19.

Methoden

Sequenzierung: Die kodierenden Bereiche sowie die angrenzenden Intronbereiche und weitere nicht kodierende, krankheitsrelevante Regionen wurden mittels in-solution-hybridization Technologie angereichert und anschließend mittels Hochdurchsatz-Sequenzierung auf dem Illumina NovaSeq 6000/NovaSeq X Plus System analysiert.

NGS basiertes CNV-Calling: CNVs (*copy number variations*) wurden auf Basis von Sequenzen, die eindeutig einer genomischen Position zugeordnet werden konnten, unter Verwendung einer intern entwickelten Methode basierend auf der Sequenzierungstiefe berechnet (nicht anwendbar auf das mitochondriale Genom). Es wurden Referenzproben verwendet, um ein Modell der erwarteten Abdeckung zu erstellen, das sowohl mögliche Abweichungen im Laborprozess als auch Variation zwischen Proben generell widerspiegelt. Das *CNV-Calling* wurde durchgeführt, indem die normalisierte Abdeckung jeder Probe und deren Abweichung von der erwarteten Abdeckung berechnet wurden. Genomische Regionen werden als Variante bezeichnet, wenn sie signifikant von der erwarteten Abdeckung abweichen. Die Bezeichnung der nachgewiesenen Kopienzahlveränderungen erfolgt nach den Richtlinien der aktuellen ISCN. Kopienzahlneutrale strukturelle Veränderungen wie z.B. balancierte Translokationen, Inversionen, uniparentale Heterodisomien sowie niedrigprozentige Mosaike können mit dieser Methode nicht erkannt werden. Kopienzahlveränderungen innerhalb der pseudoautosomalen Regionen können nicht mit hoher Genauigkeit erfasst werden. Das NGS-basierte CNV-Calling erlaubt keine Aussage über den Integrationsort von Duplikationen.

Bitte beachten Sie, dass die auf *Next-Generation Sequencing* basierende Detektion von Kopienanzahlveränderungen eine geringere Sensitivität/Spezifität aufweist als beispielsweise eine MLPA. Kopienzahlneutrale strukturelle Aberrationen können mit der durchgeführten Methode nicht detektiert werden (z.B. balancierte Translokationen und balancierte Inversionen). Sämtliche befundeten CNVs wurden, wenn möglich, mit Hilfe einer zweiten Methode validiert. Im Rahmen des Befundes nicht berichtete CNVs garantieren letztlich nicht das generelle Fehlen von CNVs.

Bioinformatik: Die Sequenzierdaten wurden mit Illumina bcl2fastq2 aufbereitet. Mitsequenzierte Adaptersequenzen wurden mit Skewer entfernt und die so erhaltenen Sequenzen durch den Burrows Wheeler Aligner gegen das humane Referenzgenom (hg19) aligniert. Sequenzen, die nicht eindeutig einer genomischen Position zugeordnet werden konnten, wurden entfernt, ebenso Sequenzduplikate, die wahrscheinlich auf die Amplifikation zurückzuführen sind. Anhand der verbleibenden Sequenzen hoher Qualität wurden Sequenzvarianten (Einzelnukleotidaustausche und kurze Insertionen/Deletionen) bestimmt. Diese wurden mit verschiedenen internen und externen Datenbanken annotiert.

Genetische Datenauswertung: Die Klassifizierung von Varianten basiert auf den ACMG/ACGS-2020v4.01 Richtlinien (Richards et al., 2015, PMID: 25741868, Ellard et al., 2020, Association for Clinical Genomic Science).

Bewertet werden nur Varianten (SNVs/Small Indels) mit einer Populationsfrequenz (MAF) < 1,5 % innerhalb der kodierenden Regionen sowie in flankierenden intronischen Regionen (±8 bp). Bekannte krankheitsauslösende Varianten (laut HGMD) werden in flankierenden Regionen bis zu ±30 bp und bis zu einer MAF < 5 % bewertet. Populationsfrequenzen werden anhand öffentlicher Datenbanken (z.B. gnomAD) sowie einer internen Datenbank ermittelt. Unsere Qualitätskriterien erfordern bei Nichterreichen einer informativen Sequenziertiefe mittels Hochdurchsatz-Sequenzierung eine lokale Re-Sequenzierung mittels herkömmlicher Sanger-Technologie. Sämtliche für den gegebenen Fall relevanten und nach obigem Vorgehen identifizierten CNVs werden manuell evaluiert. Potenziell pathogene Ergebnisse werden ggf. mit einer zweiten diagnostischen Methode, wie beispielsweise MLPA, validiert.

Im vorliegenden Fall wurde mittels Hochdurchsatz-Sequenzierung eine Sequenziertiefe von min. 30X für 97,9 % der kodierenden Bereiche erreicht. **Für die Beurteilung der Varianten wurden die klinischen Informationen herangezogen, die uns zum Zeitpunkt der Auswertung vorlagen.** Befundet werden nur Varianten, die entsprechend der aktuellen Datenlage nicht als benigne oder wahrscheinlich benigne eingestuft wurden. Synonyme Varianten in mitochondrial kodierten Genen werden als benigne bewertet. Zur in silico-Vorhersage wurden die Programme MetaLR (Dong et al., 2015, PMID: 25552646), PrimateAI (Sundaram et al., 2018, PMID: 30038395) sowie SpliceAI (Jaganathan et al., 2019, PMID: 30661751) verwendet. In Einzelfällen kann diese Prädiktion durch zusätzliche *in silico*-Vorhersagen ergänzt werden.

Die Nomenklatur gefundener Varianten erfolgt nach den Richtlinien der HGVS, jedoch ohne Berücksichtigung der allelischen Zuordnung einzelner Varianten, da diese meist nicht bekannt ist.

Die Probe hat die bei uns geltenden Qualitätskriterien nach Probeneingang und den jeweiligen analytischen Bearbeitungsschritten im Labor eingehalten.

Bei dem oben beschriebenen Verfahren handelt es sich um einen inhouse entwickelten und validierten Test (Laboratory developed test; LDT).

Bezüglich Mitteilung, Weitergabe und wissenschaftlicher Verwendung dieses Befundes gelten die Bestimmungen des GenDG.

CeGaT GmbH | Paul-Ehrlich-Str. 23 | 72076 Tübingen
Tel: 07071 565 44 55 | Fax: 07071 565 44 56 | info@cegat.de | www.cegat.de
Amtsgericht Stuttgart - HRB 729958 | Ust-IdNr: DE265504070
Volksbank in der Region eG | IBAN: DE73 6039 1310 0543 4480 02 | SWIFT / BIC: GENODES1VBH
Geschäftsführer: Dr. Dr. Saskia Biskup, Dr. Dirk Biskup, Dr. Detlef Schumann

CAP ACCREDITED COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS
CLIA CERTIFIED ID: 99D2130225
Akkreditiert durch das College of American Pathologists

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13206-01-00
Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2014