

## EDITO

Chères consœurs, chers confrères,

L'heure est à l'amélioration des recommandations et de la nomenclature des analyses médicales.

En premier point figure une bonne nouvelle dans le suivi des femmes enceintes et le dépistage de la trisomie 21. En effet le dépistage prénatal non invasif (DPNI) est maintenant remboursé sous certaines conditions : estimation du risque >1/1000, antécédents de trisomie, étude génétique particulière. Le délai de rendu au sein de nos laboratoires est d'environ 10 jours.

Le deuxième point notable de cette évolution de la nomenclature concerne la prescription des sérologies virales. Celle-ci se transforme avec de nouvelles analyses remboursées mettant en valeur des techniques plus fiables et plus sensibles, mais aussi par de nouvelles contraintes de respect d'indications de prescription comme avec les sérologies des hépatites virales (*cf encart flash info*) nous encourageant à encore améliorer le dialogue entre biologistes et cliniciens.

Suite à la recrudescence depuis les années 2000 d'infections sexuellement transmissibles comme la syphilis, les infections à mycoplasmes uro-génitales, à chlamydia et à gonocoque, vous trouverez dans cette édition un point sur ces pathologies et leur dépistage. À noter, la recherche de mycoplasmes par PCR, une nouveauté bientôt réalisable au sein de notre structure.

N'hésitez pas à contacter nos équipes sur site ou rendez-vous sur [www.hdf.synlab.fr](http://www.hdf.synlab.fr).

R. PARAYE  
Biologiste

## FLASH INFO

### Le point sur les sérologies (les grandes lignes des nouvelles recommandations)

**CMV** : L'avidité des IgG est remboursée chez les femmes enceintes suspectes d'infection récente (avec IgM et IgG positives).

**Toxoplasmose** : L'avidité des IgG est remboursée chez les femmes enceintes suspectes d'infection récente (avec IgM et IgG positives)

**Herpes** : Les IgG sont à rechercher seulement dans les cas de greffe, de traitement immunosuppresseur ou lors d'un premier épisode au cours d'une grossesse. Les IgM ne sont plus remboursées.

**Varicelle** : Les IgG sont à rechercher seulement dans les cas d'un traitement immunosuppresseur, chez les candidats à la vaccination et chez les femmes enceintes en contact avec une personne atteinte de la varicelle. Les IgM ne sont plus remboursées.

**Hépatite C** : En cas de 1<sup>ère</sup> sérologie positive, une PCR est à réaliser sur prescription explicite et sur un nouveau prélèvement

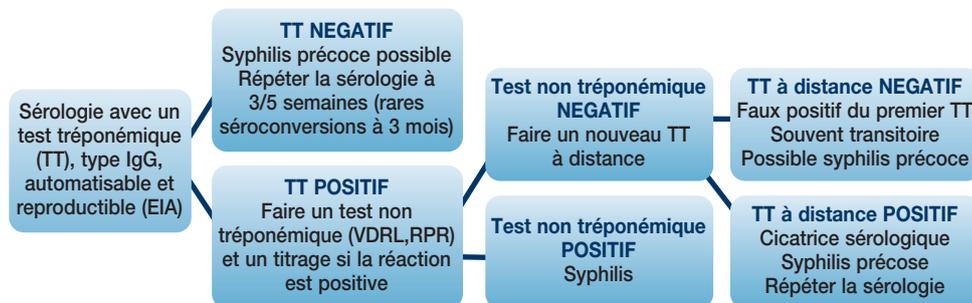
**Hépatite B** : Ces analyses sont remboursées sous réserve du respect des indications :

- Contrôle de vaccination : Ac anti-Hbs seuls
- Dépistage/diagnostic d'une hépatite B : AgHbs + Ac anti-Hbs + Ac anti-Hbc  
*En cas de découverte d'un AgHbs positif non connu : un test de neutralisation de l'AgHbs et un dosage des IgM anti-Hbc sont automatiquement réalisés sur le même prélèvement au sein du laboratoire. Plus besoin de réaliser un contrôle sur un 2<sup>e</sup> prélèvement.*
- Surveillance au cours de la grossesse : AgHbs seul
- Contrôle de guérison : AgHbs + Ac anti-Hbs
- Suivi d'une hépatite B chronique : AgHbs + AgHbe + Ac anti-Hbe

R. PARAYE - Biologiste

### La syphilis, une infection en pleine recrudescence

La recrudescence des cas de syphilis en France incite à un meilleur dépistage et à un diagnostic le plus précoce possible de ces infections sexuellement transmissibles. La syphilis, dont l'incidence ne cesse d'augmenter depuis les années 2000, en particulier chez les homosexuels masculins, touche tous les âges et peut survenir plusieurs fois chez la même personne, les anticorps n'étant pas immunisants. Elle est due à une bactérie spiralée (spirochète) : *Treponema pallidum*.



Le diagnostic biologique repose sur l'utilisation de méthodes sérologiques. Jusqu'à récemment, il était obligatoire de pratiquer 2 types de tests sérologiques : un test tréponémique (TT) (ex : TPHA) et un test non tréponémique (TNT) (ex. : VDRL, RPR). Les TNT sont les seuls tests utiles pour le suivi du traitement.

En 2015, la Haute Autorité de Santé a préconisé d'utiliser un seul test de dépistage TT immunoenzymatique (de type ELISA ou apparenté comme la CMIA : Chimiluminescent Magnetic Microparticle Immunoassay) automatisable, et de ne faire un TNT qu'en cas de réaction positive afin de confirmer le diagnostic de syphilis.

M. ZEBOUH - Biologiste

## Infections à chlamydia (*Chlamydia trachomatis*) et à gonocoque (*Neisseria gonorrhoeae*) : quels examens prescrire et sur quels prélèvements ?

### Rappels cliniques

Chez l'homme, l'infection à gonocoque est le plus souvent bruyante (urétrite aigue purulente) contrairement aux urétrites à chlamydia qui sont le plus souvent asymptomatiques ou discrètes.

Chez les deux sexes, le portage de chlamydia et de gonocoque dans la région anorectale ou oropharyngée est le plus souvent asymptomatique.

Chez la femme, l'infection à gonocoque est asymptomatique dans >50% des cas et passe le plus souvent inaperçue. L'infection à chlamydia est asymptomatique dans 50 à 90% des cas et la cervicite en est la manifestation clinique génitale basse la plus fréquente.

### Quels examens demander ?

- ✓ Dépistage asymptomatique : recherche par PCR seule (recommandation HAS)
- ✓ En présence de symptômes : recherche de gonocoque (NG) par culture en plus de la PCR

### Quels examens proscrire ?

- ✓ Pas de sérologies : inutiles, car non contributives au diagnostic d'infection active

### Quels prélèvements privilégier ?

#### Dépistage

Urines 1<sup>er</sup> jet

Prélèvement urétral pour culture  
+ Urines 1<sup>er</sup> jet

Prélèvement pharyngé / anal

Prélèvement conjonctival,  
articulaire, biopsie rectale,...

Auto prélèvement vaginal ou Urines 1<sup>er</sup> jet

Prélèvement vaginal  
ou au niveau de l'endocol

#### Symptomatique

### En pratique

Des tests combinés permettent la recherche de ces deux bactéries simultanément par technique PCR. La PCR est une méthode reproductible, rapide, adaptée aux différentes localisations, et plus performante chez la femme que la culture. Mais pour le gonocoque (NG), la culture reste l'examen de référence chez les sujets symptomatiques, bien que cette technique soit longue et peu sensible (bactérie fragile). La culture reste en effet indispensable car elle permet d'isoler la bactérie et de tester sa sensibilité aux antibiotiques.

### Traitement

Gonocoque : ceftriaxone 500mg x1 injection unique IM + toujours associer un traitement anti chlamydia

Chlamydia : azithromycine 1g monodose ou doxycycline 200mg/j PO pendant 7j

L'échec thérapeutique doit faire évoquer une infection par un autre agent infectieux (*M.genitalium*, *T.vaginalis*,...).

## Une IST mal connue : *Mycoplasma Genitalium*

*Mycoplasma genitalium*, agent d'infections sexuellement transmissibles (IST), est très souvent asymptomatique.

Chez les hommes, il est responsable de 10 à 35% des urétrites non gonococciques (UNG), aiguës ou chroniques.

Chez les femmes, *M.genitalium* est le seul mycoplasme responsable de cervicites.

La prévalence dans la population générale est estimée entre 1 et 3% mais peut monter à 38% dans les populations à risque d'IST et représente environ 1/3 des urétrites récidivantes et dites « résistantes » (Clin Microbiol Rev 2011).

### Quels prélèvements privilégier ?

Urines 1<sup>er</sup> jet ou prélèvement urétral

Urines 1<sup>er</sup> jet ou prélèvement vaginal

### En pratique

La détection de *M.genitalium* n'est possible en routine que par technique de biologie moléculaire, PCR temps réel ou TMA (Transcription-Mediated Amplification). Les techniques de détection moléculaire simultanée de chlamydia, gonocoque et mycoplasme sont en plein essor et sont un moyen simple de détection au laboratoire.

### Traitement

Les macrolides sont les antibiotiques de première intention (azithromycine) mais l'augmentation des résistances acquises diminue leur activité. La recherche moléculaire de la résistance aux macrolides sera également disponible au laboratoire prochainement.