

Cher Confrère,

Nous avons le plaisir de vous adresser la deuxième lettre semestrielle de notre organisation, et nous vous souhaitons une agréable lecture.

Laboratoire de Biologie Médicale multi-sites indépendant
22 laboratoires de proximité, 4 plateaux techniques, 40 biologistes médicaux, 250 collaborateurs à l'écoute et au service des patients, des médecins, et des établissements de santé 24h sur 24



Point sur la plus fréquente des IST : l'infection à CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Parmi les IST, l'infection à Chlamydia Trachomatis CT reste au hit parade chez les jeunes. Les urétrites à gonocoques et les syphilis sont également en recrudescence.

L'infection à CT se manifeste cliniquement chez l'homme par une urétrite avec écoulement urétral, dysurie, brûlures mictionnelles ; chez la femme par une cervicite avec leucorrhées, dysurie, dyspareunie, mais elle très souvent asymptomatique. Les complications chez l'homme sont une orchite ou une orchio-épididymite, chez la femme une salpingite. L'atteinte de la région périhépatique est responsable du syndrome de Fitz-Hugh-Curtis. En 2011, les femmes ayant une infection uro-génitale à Chlamydia sont en moyenne plus jeunes que les hommes : âge médian 22 ans contre 25 ans. L'absence de symptôme entraîne une découverte tardive de l'infection avec les conséquences graves que cela peut impliquer allant jusqu'à la stérilité. Aujourd'hui la prévalence dans la population générale est estimée entre 1 % et 3% (enquête Natchla 2006).

Le nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales est relativement stable depuis 2008. La quasi-totalité des cas concerne des hommes homo-bisexuels.

Le dépistage par mise en évidence de la bactérie par PCR représente à ce jour la seule solution efficace pour détecter et prendre en charge cette IST.

Nous utilisons au laboratoire une technique très sensible et très spécifique de biologie moléculaire PCR en temps réel (seule technique prise en charge par la Sécurité Sociale), qui permet la détection de CT sur un prélèvement :

- vaginal chez la femme, y compris par auto-prélèvement,
- urinaire (urine du 1er jet) chez l'homme de préférence au prélèvement urétral.

Le prélèvement peut être aussi local : anal ou amygdale, ou dans le sperme. La technique de PCR sur Cobas 4800 de Roche que nous utilisons en routine permet la détection simultanée du gonocoque et de Chlamydia trachomatis. L'utilisation de cette PCR multiplex nous a permis d'améliorer le dépistage du gonocoque par rapport à la culture, de 52% sur les prélèvements vaginaux et 9% sur les prélèvements urétraux (étude réalisée sur 15000 échantillons).

Le traitement des infections aiguës superficielles repose sur l'azithromycine en dose unique de 1g ou la doxycycline (200mg/j) en deux prises par voie orale pendant 7 jours. Il doit être prolongé à 21 jours dans les infections tissulaires.

Pour le gonocoque, 20% des souches sont résistantes à la pénicilline G, 40% le sont à la ciprofloxacine (Ciflox®). En 1ère intention, les recommandations sont d'utiliser la ceftriaxone (Rocéphine®) en une seule injection IM (500mg) ou la spectinomycine (2g) en une seule injection IM (inefficace dans les atteintes pharyngées et anales). En cas de refus ou d'impossibilité de la voie parentérale : une dose unique de 400mg de Céfexime (Oroken®). Tout traitement du gonocoque doit être systématiquement associé à un traitement contre les chlamydiae. Le ou la partenaire doit être systématiquement traité(e) et les rapports doivent être protégés pendant au moins 7 jours après le traitement et la disparition des symptômes.

Ne pas oublier de compléter le bilan d'IST par les sérologies VIH, VHB et syphilis..

Procalcitonine (PCT) :

le marqueur de référence des infections bactériennes

Nos laboratoires sont en mesure de vous proposer le dosage de la PCT en pratique quotidienne. (test remboursé B80).

La cinétique d'augmentation rapide, en moins de 4h, et la corrélation avec la sévérité des infections bactériennes font de la PCT un outil majeur d'aide au diagnostic et d'estimation pronostique lors d'une suspicion d'infection bactérienne. Lors de la mise en place d'un traitement efficace, le taux de PCT diminue très rapidement.

A partir d'un prélèvement sanguin standard, on peut très rapidement établir un diagnostic différentiel (test d'exclusion) et donc réduire ainsi l'utilisation d'antibiotiques.

La PCT est considérée comme le meilleur marqueur d'infection ou de sepsis bactériens. (Hausfater Critical Care 2007)

DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

En France, les campagnes de dépistage de cancer colorectal se pratiquent toujours en utilisant une technique archaïque ni assez sensible ni assez spécifique (et abandonnée par de nombreux pays). De surcroît, elle n'implique que peu les médecins généralistes et pas du tout les laboratoires de Biologie.

Cela a de graves conséquences sur l'efficacité de ces campagnes liées à plusieurs facteurs :

- La faible adhésion de la population (moins de 30%) à un protocole qui l'oblige à manipuler des selles ce qui répugne à de nombreuses personnes.

- L'intérêt mal compris d'un tel dépistage. Une prescription médicale de la même analyse est suivie par 90% des patients.

- La faible sensibilité du test et les nombreux faux positifs. L'Institut National du Cancer indique que le test immunologique (recherche de l'hémoglobine par un réactif à base d'anticorps monoclonaux anti hémoglobine humaine) beaucoup plus sensible et spécifique

permettrait de détecter jusqu'à 2,5 fois plus de cancers et de 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés.

Ce test immunologique est celui pratiqué depuis de nombreuses années dans les laboratoires de Biologie. En travaillant ensemble, nous pouvons améliorer considérablement le dépistage et la prise en charge thérapeutique rapide de cette pathologie.

PS : Nous tenons à votre disposition sur simple demande un article du Journal International de Médecine publié sur Internet le 01/03/2013