



//

16 décembre 2011

MISES A JOUR DU REPERTOIRE DES ANALYSES 2011-2012

- **Page 28 : Ammoniémie :**

Attention nouvelle nature de prélèvement : **1 ml de plasma EDTA, décanté rapidement (< 30 mn) et congelé.**

- **Page 29 : Ankylostomose :**

Le sérodiagnostic d'Ankylostome par la recherche de précipitines vis-à-vis de l'antigène panagrellus ne sera plus réalisé à partir du 1^{er} janvier 2012

- **Page 67 : Mycobactéries :**

- **Antibiogramme** : (méthode en milieu liquide) B60-0274 x 5
 - 1^{re} intention : Streptomycine, INH, Rif., Ethambutol, PYR.
 - 2^e intention : Amikacine, Moxifloxacine, Linézolide, Ethionamide, Rifabutine
 - antibiogrammes (CMI en milieu liquide) faits sur les mycobactéries atypiques à croissance rapide et lente (en cas d'infection avérée uniquement)

- **Examen direct** : 5/Sem.

- **Isolement** : 5/Sem.
Ne se réalise pas dans les selles.

- **Identification** :
 - groupe tuberculosis : (immunochromatographie) : 5/Sem
 - Mycobactéries atypiques : (biologie moléculaire) : à la demande

- **Recherche par biologie moléculaire** (complexe tuberculosis) PCR :
Prélèvements d'origine pulmonaire, LCR, ganglion, biopsies

- **Page 82 : Toxoplasmose :**

Le dosage de l'**isotype IgA par technique ISAGA** sera facturé Hors Nomenclature 8,10 € : il s'agit de la recherche d'autres marqueurs de toxoplasmose évolutive pour datation et évaluation du risque si la sérologie de dépistage évoque une infection évolutive.





Pôle de Biologie Pathologie Génétique

Biologie Spécialisée CHRU de Lille – Institut Pasteur de Lille

//

16 décembre 2011

PRE-ANALYTIQUE

- **Alpha-galactosidase, Béta-galactosidase, Héxosaminidase, Aryl sulfatase :**
5 ml de sang EDTA à température ambiante.
Prélever le jour du passage de l'agent, du lundi au jeudi, en dehors des veilles de fêtes.
- **Clairance alpha 1 antitrypsine :**
Envoyer en même temps l'ensemble des selles, en identifiant bien J1, J2 et J3 et avec le sérum prélevé à J2.
Si pas de selle sur un jour, merci de préciser par exemple J2=0 gr
Veuillez utiliser des boîtes rectangulaires ou carrées, à large ouverture et à fermeture hermétique.
Merci d'indiquer le poids des selles recueillies ou à défaut le poids du contenant vide.

ANALYSES

- Les demandes d'auto-anticorps anti-tissus : **anti-muscles lisses, anti-mitochondries, anti LKMI, anti-cytosol (LCI)** sont réalisées sur triple substrat (cotation B80, I465). Pour toute demande de l'un des ces anticorps, il sera répondu **la totalité des anticorps** pouvant être visualisée.

SITE INTERNET

Nous vous proposons une nouvelle rubrique (<http://biologiepathologie.chru-lille.fr/actus/108616.html>) que nous enrichirons régulièrement où trouverez des **fiches pratiques** pour réaliser, interpréter ou ne serait ce que vous documenter à propos d'une analyse médicale. Les premières concernent :

- La recherche des anticorps anti cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA),
- L'exploration du système du Complément.

Au nom de toute l'équipe du Pôle de Biologie Pathologie Génétique du CHRU de Lille, nous vous souhaitons d'excellentes fêtes de fin d'année.

16 décembre 2011

L'infection respiratoire communautaire est la pathologie infectieuse la plus rencontrée en médecine de ville. Les virus impliqués circulent selon une saisonnalité bien connue en France. Pendant l'été et au début de l'automne, ce sont les entérovirus et les rhinovirus qui circulent majoritairement. Le virus respiratoire syncytial (VRS), le métapneumovirus humain et les virus grippaux sont détectés presque exclusivement en hiver. Les parainfluenzae de type 3 (PIV-3) circulent en hiver et au printemps alors que les parainfluenzae de type 1 (PIV-1) et 2 (PIV-2) sont surtout présents à l'automne. Enfin, la circulation des adénovirus n'a pas de saisonnalité marquée.

Les virus respiratoires sont responsables de pathologies respiratoires aiguës de courte durée (4 à 7 jours) et d'expression clinique variée (1). Les virus grippaux sont responsables de syndrome grippal et de pneumopathie. Les virus parainfluenzae sont à l'origine de laryngite et de bronchiolite. Le VRS est le principal responsable de la bronchiolite du nourrisson mais il peut aussi infecter les adultes immunodéprimés et les personnes âgées et peut déclencher des crises d'asthme. Le métapneumovirus humain est également à l'origine de bronchiolites. Les adénovirus donnent surtout des pharyngites et des pneumopathies et les rhinovirus, principalement responsables de rhumes ou d'atteintes ORL bénignes, sont aussi impliqués dans des bronchiolites ou des pneumopathies sévères.

Le site primaire de la réplication virale est l'épithélium cilié des voies aériennes supérieures, quelque soit le virus. L'excrétion virale se faisant au niveau du nez pendant 4 à 7 jours (1), les prélèvements à visée diagnostique doivent être réalisés dans les 2-3 premiers jours de la maladie. Chez l'adulte, le plus simple est la réalisation d'un écouvillonnage nasal (les 2 narines doivent être prélevées). Chez l'enfant jusqu'à 2 ans, l'aspiration naso-pharyngée est mieux adaptée. Selon la technique diagnostique mise en œuvre, les prélèvements seront acheminés tels quels au laboratoire ou placés dans un milieu de transport spécifique pour virus (tableau). Le délai d'acheminement au laboratoire conditionne la qualité des résultats. Les échantillons placés dans un milieu de transport peuvent être conservés à 4°C pendant 24 à 72h avant leur prise en charge au laboratoire. En l'absence de milieu de transport, le prélèvement doit être placé à 4°C et acheminé au laboratoire dans les 8h.

Le diagnostic virologique repose sur des techniques de détection directe d'antigènes viraux par immunofluorescence ou immunochromatographie, de détection des génomes viraux par (RT)-PCR et d'isolement viral en culture cellulaire. La détection de virus respiratoires par biologie moléculaire s'est beaucoup développée ces dernières années offrant maintenant de larges panels de détection avec des niveaux de sensibilité et de spécificité élevés. Cependant, ces tests sont plutôt destinés au diagnostic des infections sévères nécessitant une hospitalisation ou survenant chez des personnes fragilisées. La détection de virus respiratoires par immunofluorescence ou immunochromatographie est bien adaptée au diagnostic des infections communautaires : elle permet un diagnostic en 2 à 4h avec une sensibilité et une spécificité acceptable (2). Ces tests diagnostiques sont cependant fortement dépendants de la qualité du prélèvement initial. Enfin, l'isolement viral en culture cellulaire reste la technique de référence pour le diagnostic des infections virales respiratoires même si le délai de rendu des résultats est trop long pour le diagnostic d'infection aiguë. Au CHRU de Lille, le diagnostic des infections virales respiratoires est réalisé par détection directe rapide par immunofluorescence ou par détection des génomes viraux par biologie moléculaire.

La sérologie peut être mise en œuvre, mais elle ne permet qu'un diagnostic rétrospectif puisque l'interprétation des résultats requiert l'analyse de deux échantillons successifs de sérum à 15 jours d'intervalle.

En conclusion, la confirmation virologique des infections respiratoires est indispensable pour les tableaux cliniques sévères justifiant une hospitalisation, survenant chez des personnes fragilisées (immunodéprimés, pathologies pulmonaires chroniques, nourrissons ...) ou dans leur entourage.

VIRUS	EXAMEN DIRECT	PCR
VRS	+++	+++
INFLUENZA A ET B	+++	+++
PARAINFLUENZA 1,2,3	+++	+++
ADENOVIRUS	+	+++
ENTEROVIRUS	-	+++
RHINOVIRUS	-	+++
METAPNEUMOVIRUS	+++	+++
PRELEVEMENT	ECOUVILLON/ASPIRATION	ECOUVILLON/ASPIRATION
TRANSPORT	0,5 ML EAU PHY STERILE	MILIEU M4RT
TEMPERATURE ACHEMINEMENT	4°C	4°C

Anne Goffard, Maître de Conférence et PH attaché, Brigitte Prévost, PH.
Laboratoire de virologie, Pôle de Biologie Pathologie Génétique, CHRU de Lille.

Bibliographie :

1. A. Mosnier et B. Lina, Lettre du pneumologue 2004 vol II, n°2 : 57-62.
2. M. Lerez-Ville, Revue française d'allergologie 2006 vol 46 : 538-42.

Pour aller plus loin :

C. Ginocchio, McAdam A. Current Best Practices for Respiratory Virus Testing. J. Clin. Microbiol. 2011 49 suppl 9: S44-8.