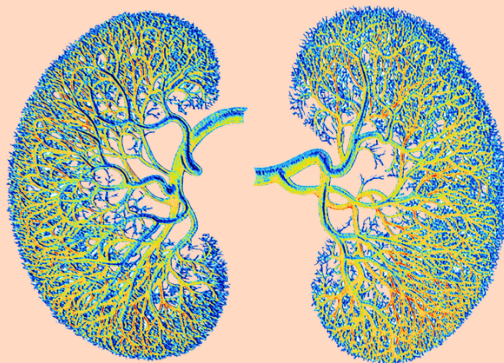




DEPISTAGE DE L'INSUFFISANCE RENALE -HAS-SFNDT-2025

En France, 5,7 millions de personnes souffriraient d'une Maladie Rénale Chronique, dont la moitié n'est pas diagnostiquée.

la MRC est une pathologie progressive, elle est souvent irréversible et silencieuse, c'est pourquoi nombre de patients découvrent trop tardivement en être atteints : 76% des patients n'ont pas eu de dépistage biologique l'année précédant la dialyse ou la greffe et un tiers des dialysés le sont en urgence.

Selon les recommandations de la HAS de Septembre 2023, dans le cadre du dépistage de la MRC chez les patients à risque de maladie rénale, **le rapport microalbumine/créatinine urinaire (ou RAC) doit être dosé sur un échantillon une fois par an associé** à une prise de sang pour le dosage de la créatinine et **du DFG**.

Le ratio albuminurie/créatininurie (RAC) :

Ce rapport RAC est un marqueur pronostique dont l'augmentation précède le déclin du DFG ou l'insuffisance cardiaque, il doit être réalisé sur un échantillon urinaire préférentiellement sur les urines du matin.

La présence et l'importance de l'albuminurie (**comme une albuminurie sévère lorsque le RAC est supérieur à 500 mg/g (50 mg/mmol)**) sont des facteurs de pronostic de progression vers le besoin de suppléance.

La diminution du débit de filtration glomérulaire s'apprécie à partir du déclin annuel, calculé de la manière suivante :

$$\text{DFG année } n - \text{DFG année } n+1$$

Il est évalué avec les repères suivants :

- déclin annuel « physiologique » observé après 40 ans : $< 2 \text{ ml/min/1,73 m}^2/\text{an}$
- déclin annuel « modéré » : $\geq 2 \text{ et } < 5 \text{ ml/min/1,73 m}^2/\text{an}$
- **déclin annuel « rapide » : $\geq 5 \text{ ml/min/1,73 m}^2/\text{an}$**

Le score de risque rénal SRR ou KFRE (Kidney Failure Risk Equation)

Calculé à partir de 4 variables : l'âge, le sexe, la créatininémie et l'albuminurie (RAC), la valeur du score est recommandé comme apportant une aide à l'orientation des patients vers le parcours de soins adapté :

Risques rénaux et CV des patients suivant les 2 paramètres biologiques rénaux

Risque d'insuffisance rénale terminale¹

	A/C (mg/g)			
	<10	10-29	30-299	≥300
DFG (ml/min/1,73 m ²)				
>105				
90-105				
75-90				
60-75				
45-60				
30-45				
15-30				

Risque de décès cardiovasculaire¹

	A/C (mg/g)			
	<10	10-29	30-299	≥300
DFG (ml/min/1,73 m ²)				
>105				
90-105				
75-90				
60-75				
45-60				
30-45				
15-30				



1. Lavey AL, et al. Kidney Int 2011;80:17-28

PP-UN-CAR-FR-0182-1

Risque de progression de l'insuffisance rénale chronique en fonction du DFG et de l'albuminurie

Risque de progression de l'insuffisance rénale chronique en fonction du DFG et de l'albuminurie			Albuminurie		
			A1 Normale - légère < 30 mg/g < 3 mg/mmol	A2 Modérée 30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	A3 Sévère ≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
Stade	Description	DFG (ml/min/1,73m ²)			
G1	MRC* à fonction rénale normale	≥ 90	Surveiller Suivi : 1 fois / an	Traiter Suivi : 1 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : 3 fois / an
G2	Insuffisance rénale légère	60-89	Surveiller Suivi : 1 fois / an	Traiter Suivi : 1 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : 3 fois / an
G3a	Insuffisance rénale légère à modérée	45-59	Traiter Suivi : 1 fois / an	Traiter Suivi : 2 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : 3 fois / an
G3b	Insuffisance rénale modérée à sévère	30-44	Traiter Suivi : 2 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : 3 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : 3 fois / an
G4	Insuffisance rénale sévère	15-29	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : 3 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : 3 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : au moins 4 fois / an
G5	Insuffisance rénale terminale	< 15	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : au moins 4 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : au moins 4 fois / an	Traiter et adresser au néphrologue Suivi : au moins 4 fois / an

*MRC : Maladie rénale chronique

Source : Adapté des recommandations KDIGO 2021².

■ Faible risque (en absence d'autres marqueurs de maladies rénales)
■ Risque modéré ■ Haut risque ■ Très haut risque

score à 5 ans $< 3\%$: parcours de soins non spécialisés (risque faible) ;
score à 5 ans $> 3\%$: parcours de soins spécialisés (risque élevé) ;
score à 2 ans $> 10\%$: parcours de soins multidisciplinaire (risque très élevé).

Décision du 22 avril 2025 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

0627	Créatinine (créatininurie)
2004	Protéines totales (protéinurie) : Selon la prescription médicale, albuminurie (1133) et protéinurie (2004) peuvent être cumulables. Le dosage de la protéinurie doit être associé au dosage de la créatininurie (0627). Le compte-rendu devra explicitement comporter le résultat du rapport urinaire protéine sur créatinine (RPC). Le résultat doit être exprimé en mg/g et/ou mg/mmol.
1133	Albumine (albuminurie) : La mesure peut s'effectuer à partir d'un échantillon d'urine. Pour tout dosage de l'albuminurie, le biologiste médical doit réaliser le dosage de la créatininurie (acte 0627). La prise en charge de cet examen par l'assurance maladie participe au dépistage annuel de la maladie rénale chronique (MRC) pour les pathologies référencées dans le guide du parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte (HAS) et au suivi thérapeutique de la MRC. Le compte rendu doit explicitement comporter le résultat du rapport urinaire albumine / créatinine (RAC) et précise les trois possibilités : - A1 : résultat normal (< 30 mg/g ou < 3 mg/mmol) ; - A2 : albuminurie modérément augmentée (entre 30 et 300 mg/g ou entre 3 et 30 mg/mmol) ; - A3 : albuminurie augmentée (> 300 mg/g ou > 30 mg/mmol).
0592	Créatinine (créatininémie) : Il est rappelé que le dosage de créatininémie est réalisé par méthodes enzymatiques. Le compte-rendu doit préciser la méthode utilisée. Le compte rendu de l'acte 0592 devra systématiquement comporter l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFGe) par l'équation CKD-EPI, exprimé en mL/min/1,73m ² y compris dans le cadre de l'adaptation posologique des médicaments. Les formules de Cockcroft et Gault, ainsi que le MDRD ne doivent plus être utilisées. Dans le cadre du dépistage de la MRC pour les pathologies référencées dans le guide du parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte (HAS) ou chez les patients ayant un DFGe < 60 mL/min/1,73m ² , le biologiste médical peut réaliser et coter une fois par an à son initiative une albuminurie (acte 1133), une créatininurie (acte 0627) et calculer un Score de Risque Rénal (KFRE Kidney Failure Risk Equation) calculé à partir de l'âge, du sexe, de la créatininémie et de l'albuminurie. Le résultat précise les 3 possibilités : - score à 5 ans < 3 % : parcours de soins non spécialisés (risque faible) - score à 5 ans > 3 % : parcours de soins spécialisés (risque élevé) - score à 2 ans > 10 % : parcours de soins multidisciplinaire (risque très élevé). On recommande le score de risque rénal (KFRE) ou à défaut la matrice KDIGO (tableau). Dans le cadre du suivi, le compte rendu doit également comporter une représentation graphique permettant d'objectiver l'évolution du DFG d'une année sur l'autre.

QUAND PRESCRIRE L'UREE ?

Depuis le 05/01/2022, la prise en charge de l'urée par l'assurance maladie est limitée, **sur prescription explicite, aux 3 contextes cliniques suivants :**

- le sujet dialysé
- l'évaluation nutritionnelle dans une insuffisance rénale chronique
- l'insuffisance rénale aiguë

En dehors de ces 3 indications, l'urée ne doit pas être réalisée.

QUAND PRESCRIRE LA (MICRO)ALBUMINURIE ?

Le rapport Microalbuminurie/Créatininurie doit être prescrit au moins 1 fois par an pour les adultes présentant des facteurs de risque de maladie rénale chronique :

- Diabète
- Hypertension artérielle traitée ou non
- Prise de médicaments néphrotoxiques même antérieure
- Maladie cardiovasculaire athéromateuse
- Insuffisance cardiaque
- Obésité IMC > 30
- Maladies de système ou auto-immunes (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde...)
- Affections urologiques (malformation urinaire, infections urinaires récidivantes...)
- Antécédents familiaux de maladie rénale avec insuffisance rénale évolutive
- Antécédents de néphropathie aiguë
- Exposition aux produits de contraste iodés, radiothérapie ciblant l'aire rénale..
- Exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure)

Dans ces contextes cliniques le biologiste médical peut réaliser et coter à son initiative le dosage de la créatininurie et le compte rendu devra explicitement comporter le **résultat du rapport urinaire albumine / créatinine**.

LES ANTICORPS ANTI-NUCLEAIRES OU AAN

Quand prescrire des AAN ? :

En cas de suspicion de maladies auto-immunes non spécifiques d'organes ou systémiques.

Les maladies auto-immunes affectent **5 à 10% de la population globale** et font partie des **10 principales causes de mortalité chez les femmes de 65 ans et plus**, les femmes étant 2 à 10 fois plus touchées que les hommes.

La **recherche des anticorps ou facteurs anti-nucléaires AAN-FAN**, est utilisée en **première intention** comme test de dépistage pour le **diagnostic des connectivites** :

- Lupus Erythémateux disséminé
- Syndrome de Gougerot-Sjögren
- Polymyosite/Dermatomyosite
- Connectivite Mixte (SHARP)
- Sclérodermie systémique

En cas de recherche positive, celle-ci est **complétée**, à l'initiative du biologiste, **par la recherche des anticorps anti-ADN et anti-Nucléaires Solubles** afin d'en préciser l'étiologie.

Le laboratoire BIO-VSM LAB réalise la recherche et l'identification des anticorps anti-DNA et anti-Nucléaires Solubles (=anti-ECT/anti-ENA) regroupant les anti-SS-A/Ro, SS-B/La, UIRNP, SmD, Scl-70, Jo-1 et Centromère B.

AIDE AU DIAGNOSTIC	Symphony*	dsDNA	SmD	UIRNP	RNP70	Ra/SS-A	La/SS-B	Scl-70	Jo-1	PM-Scl	CENP
Lupus Erythémateux Systémique (LES)	●	●	●	●		●	●				
Syndrôme de Gougerot-Sjögren	●			●		●	●				
Sclérodermies	●			●	●			●		●	●
Connectivite Mixte (MCTD)	●			●	●						
Polydermatomyosites (PM-DM)	●								●	●	

● Test de screening ● Test de 2^e intention ● Test de suivi ● Test complémentaire (syndrome de chevauchement)

CTD les plus fréquentes		CTD les moins fréquentes			
EIA [®] Symphony [®]	Syndrôme de Sjögren	Lupus érythémateux systémique	Sclérodermie	Polymyosite/Dermatomyosite	Connectivites mixtes
	70 - 100 % (Ro/SS-A ou Ro/SS-B)	35-70 % ^{1,2} 80 - 90 % (nécrotique) 40 - 70 % (cutané subaigu) 5 - 20 % (discoides)	15 - 20 % (SS-A/Ro) 6 % (Ro/SS-B) 19 % (Ro/SS-B)	35 % (Ro/SS-B) Souvent corrélé avec une réactivité anti-Jo-1 ^{1,4}	
	40-90 % ¹	15 % ¹ / 45 % ¹ 5 - 10 % (discoides) 40 - 60 % (cutané subaigu) ¹			
		20 - 40 % ^{1,4,7}	13 % ¹		71 - 100 % ^{1,2}
		15 - 30 % ^{1,4,7} Plus fréquent chez les patients africains atteints de LES ⁷			
	4 - 27 % ⁴		36 % ⁴ 70 - 90 % ⁴ (sclérose systémique limitée, CREST) Maladie moins évolutive ⁴		
			50 - 70 % ⁴ Jusqu'à 70 % ⁴ (sclérose systémique diffuse) Risque de maladie évolutive ⁴		
		0 - 5 % ¹		20 - 30 % (polymyosite) 5 - 10 % (dermatomyosite) 60 - 70 % (polymyosite avec fibres pulmonaires et intestinales)	

Anti-ADN natif

ADN natif	ADN natif	ADN natif	ADN natif	ADN natif	ADN natif
> 70 % LES actives ¹¹ Varie en fonction du type de méthode de détection	> 50 % LES néphrotiques ¹¹ > 30 % LES ¹¹				



Anticorps	Intérêt diagnostique	Sensibilité (les valeurs sont à titre indicatif)
AAN (dépistage)	Lupus érythémateux systémique	95-99 %
	Polyarthrite rhumatoïde	32-72 %
	Polymyosites, dermatomyosite	5-74 %
	Syndrôme de Sjögren	13-100 %
	Syndrôme de Sharp (connectivite mixte)	100 %
	Sclérodermie systémique	13-90 %
Anti-ADN natif	Lupus érythémateux systémique	40-98 %
Anti-U1 RNP (ou anti-RNP)	Syndrôme de Sharp (connectivite mixte)	100 %
	Lupus érythémateux systémique	30 %
	Sclérodermies, myosites, polyarthrite rhumatoïde	15 %
Anti-Sm	Lupus érythémateux systémique	5-30 %
Anti-SSA (ou anti-Ro)	Syndrôme de Sjögren primitif	40-100 %
	Syndrôme de Sjögren secondaire	10-50 %
	Lupus érythémateux systémique	30 %
Anti-SSB (ou anti-La)	Syndrôme de Sjögren primitif	20-80 %
	Syndrôme de Sjögren secondaire	10 %
	Lupus érythémateux systémique	10 %
Anti-Jo1 (ou anti-synthétase)	Syndrôme des anti-synthétases (polymyosite + pneumopathie interstitielle + syndrome de Raynaud + hyperkératose desquamante et fissurée des mains + anticorps anti-synthétases)	10-30 %
Anti-Scl70 (ou anti-topoisomérase 1)	Sclérodermie systémique diffuse	15-75 %
Anti-centromère	Sclérodermie systémique limitée (syndrome CREST)	50-98 %

Les Ac anti-DFS70

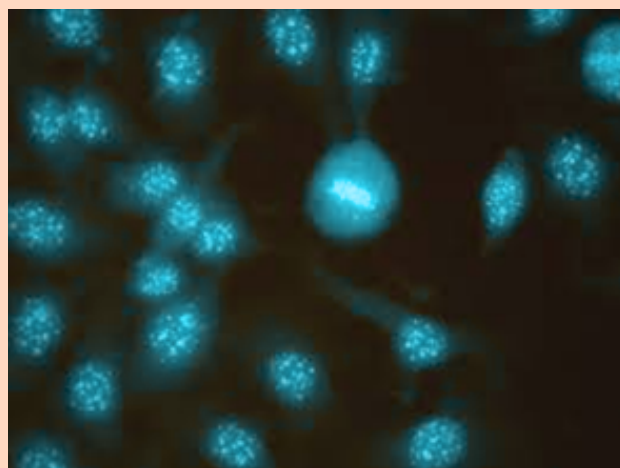
Chez 20 % des patients sains, un résultat positif de AAN est obtenu sans retrouver d'anticorps anti ADN et anticorps Nucléaires Solubles, la majorité étant causée par des AAN dirigés contre l'antigène DFS70.

La présence isolée d'autoanticorps anti-DFS70 n'est pas en faveur du diagnostic d'une maladie auto-immune.

L'identification de cet aspect est donc important à notifier afin de rassurer le patient devant des AAN positifs, d'autant que le suivi pendant 5 ans des sujets sains présentant de tels anticorps a montré **l'absence d'évolution vers un profil de connectivite.**

Ces anticorps semblent néanmoins être retrouvés avec une plus grande prévalence dans de nombreuses situations inflammatoires (dermatites atopiques 71%, panuvéites granulomateuses 69%, cystites interstitielles 5%...).

Par contre ils semblent moins fréquents chez les patients atteints de connectivites telles que le Lupus érythémateux systémique (2%), le syndrome de Gougerot Sjogren (2.6%).



Les Ac RNA Pol3 ou anti-ARN polymérase III ou anti-ARN Pol III

Les auto-anticorps sont observés chez plus 95 % des patients atteints de sclérodermie systémique (ScS).

Il existe au moins 7 anticorps spécifiques à la sclérodermie systémique, et parmi eux, on trouve les anticorps anti- RNA Pol3.

La fréquence des anti-RNA Pol3 observée varie entre 4 % et 25 % en fonction des différentes ethnies évaluées.

Les anticorps anti- RNA Pol3 hautement spécifiques de la ScS ont une valeur pronostique.

Les patients chez qui l'on trouve ces anticorps présentent un **risque accru d'épaississement de la peau, de crise rénale et de tumeurs malignes** mais ne présentent aucune fibrose interstitielle grave.

Les anticorps anti-ARN Pol III **font partie des critères de classification** définis en 2013 pour la sclérodermie systémique.

LA CALPROTECTINE FECALE



La **calprotectine** est une protéine de liaison du calcium et du zinc, majoritairement **présente dans le cytoplasme des cellules de défense immunitaire**, comme les granulocytes neutrophiles, les monocytes et les macrophages.

Lors d'une **inflammation de l'intestin**, les granulocytes neutrophiles traversent la barrière intestinale pour migrer vers la lumière de l'intestin, ce qui entraîne une **augmentation de la concentration en calprotectine dans les selles**.

LA CONCENTRATION EN CALPROTECTINE FÉCALE EST INDIQUÉE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE DE L'INTESTIN OU MICI CAR EST :

- **directement corrélée au nombre de granulocytes neutrophiles dans la lumière intestinale et est ainsi spécifiquement élevée dans les MICI telles que la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.**
- **un test de première intention facile, non invasif qui permet de clairement différencier les MICI du syndrome du côlon irritable et d'autres troubles fonctionnels intestinaux.**
- **plus spécifique et plus sensible** que les tests sanguins comme la CRP ou la VS.
- **corrélée à l'évolution de la maladie, ce qui nous permet de prédire une récurrence de MICI.**

Elle peut être **impactée par la prise d'AINS**, tout **saignement intestinal** supérieur à 100 ml et par la présence d'une **tumeur**.

Elle n'est **prise en charge par la sécurité sociale que chez les patients connus pour avoir un diagnostic de MICI** (Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin) en l'absence de rectorragies ou d'élévation de la CRP sanguine, dans la limite de **deux dosages par an**.

Le dosage doit être **prescrit par un hépato-gastroentérologue ou un pédiatre**.

En dehors de ces indications, l'analyse est hors nomenclature.

Depuis le 15/04
le dosage de la
calprotectine fécale
est réalisé par notre
laboratoire

INTERPRÉTATION DES CONCENTRATIONS DE CALPROTECTINE FECALE SELON LA CLINIQUE (G. Bochetti 2019)

Situation Clinique
Distinction entre pathologie fonctionnelle (SII) et organique
Distinction d'une MICI en poussée ou non
Prédiction d'une récurrence chez un patient asymptomatique
Évaluation de la cicatrisation muqueuse
Prédiction d'une réponse thérapeutique
Identification d'une récurrence endoscopique post-opératoire d'une MC
Aide à l'intensification ou à la désescalade thérapeutique

seuil
50 µg/g
250 µg/g
250 µg/g
100 à 250 µg/g
150 à 300 µg/g
100 µg/g
250 µg/g

LA PRESCRIPTION DU PSA CHEZ L'HOMME ASYMPTOMATIQUE

code de la sécurité sociale 2025

Le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme, mais il est le plus souvent **d'évolution très lente**.

La durée d'évolution avant que n'apparaissent des symptômes est de **10 à 15 ans en moyenne**.

Il est à l'origine de **3 % des décès masculins** toutes causes, et 3 décès sur 4 par cancer de la prostate surviennent après 75 ans.

En 2023, les dépenses liées à ces dosages ont atteint 67M d'euros (PSA total et libre), avec une part significative d'actes non justifiés ou incohérents avec les indications cliniques et les critères d'ALD définis par la HAS justifiant dans ces seules indications une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.



RAPPEL DE L'ASSURANCE MALADIE 01/2025 :

Il n'y a pas de dépistage organisé du cancer de la prostate en France : aucune agence ou autorité sanitaire dans le monde n'a rendu d'avis favorable à la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA.

Le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dont l'espérance de vie est estimée inférieure à 10 ans en raison d'un âge avancé ou de comorbidités sévères.

INDICATIONS DU DOSAGE DU PSA LIBRE :

- À utiliser uniquement **en cas de PSA total >4ng/ml** pour un diagnostic différentiel (hypertrophie bénigne vs cancer).
- **Non recommandé en première intention** pour le dépistage.
- n'est **pris en charge qu'en cas de dosage de PSA total** anormalement élevé (>4ng/ml).



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACCÈS AUX SOINS

Décision du 11 septembre 2024 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

7318	Antigène prostatique spécifique (PSA) - PSA total Le dosage du PSA total est pris en charge en première intention pour le dépistage ciblé et individuel du cancer de la prostate, ainsi que dans le suivi thérapeutique des cancers de la prostate. La HAS rappelle - qu'en l'état actuel des connaissances, les bénéfices d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA ne sont pas établis et des effets délétères ont été clairement identifiés. - l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate et rappelle l'existence d'un guide d'information https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-premiere-prescription-du-PSA-chez-l-homme-asympomatique Cotation non cumulable avec celle de l'examen 7320.
7320	Antigène prostatique spécifique libre (PSA libre) avec rapport PSA libre /PSA total Prise en charge sur prescription limitée au diagnostic différentiel entre une hypertrophie bénigne de la prostate et un cancer localisé. Cet acte n'est pris en charge par l'AM qu'en cas de dosage de PSA total anormalement élevé (> 4 ng/ml) https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-premiere-prescription-du-PSA-chez-l-homme-asympomatique Cotation non cumulable avec celle de l'examen 7318

DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS PAR HPV

Informations prescripteurs

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Par HPV



CYTOLOGIE ET HPV : UN PARCOURS DE SOIN SIMPLE ET MAÎTRISÉ

[3000 nouveaux cancers et 1100 décès évitables chaque année*]

Les papillomavirus humains (HPV) sont des virus à ADN de petite taille, très résistants, qui infectent les épithéliums cutanés et les muqueuses.

L'infection à HPV est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus fréquente et se transmet par contact cutanéomuqueux. Environ 40 types d'HPV infectent les épithéliums muqueux, ils sont classés en fonction de leur potentiel oncogène.

Une infection par des types à faible risque ou non oncogènes, tels que les types 6 et 11, peut provoquer des anomalies bénignes des cellules cervicales, des verrues génitales ou condylomes et des papillomes laryngés.

→ Les types d'HPV à haut risque (types 16 et 18 principalement), ou oncogènes, agissent en tant que carcinogènes dans le développement du cancer du col de l'utérus, d'autres cancers anogénitaux et des cancers de l'oropharynx.

→ L'HPV16 est l'HPV à haut risque le plus fréquemment détecté dans la population, il est de loin le type prédominant causant le cancer du col utérin dans le monde (~60%), suivi du HPV18 (~15%).

LE DÉPISTAGE EN PRATIQUE

La prise en charge du dépistage de cancer du col utérin par la recherche primaire du génome de Papilloma Virus Humain (HPV) publiée au Journal Officiel est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2020. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une campagne nationale de dépistage organisée selon la recommandation de l'INCA et de la H.A.S.

→ 2 choix de dépistage primaire sont proposés selon l'âge des patientes :



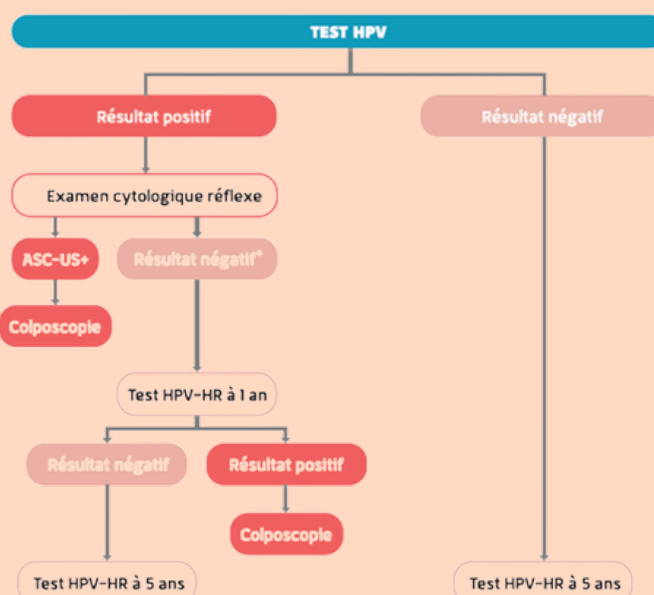
PRISE EN CHARGE

→ Le test HPV est pris en charge pour les femmes de 30 à 65 ans.

Les laboratoires de biologie médicale, grâce à leur maillage territorial et à leur présence de leur locaux professionnels de santé compétents et disponible, peuvent jouer un rôle déterminant dans cet accès au dépistage.

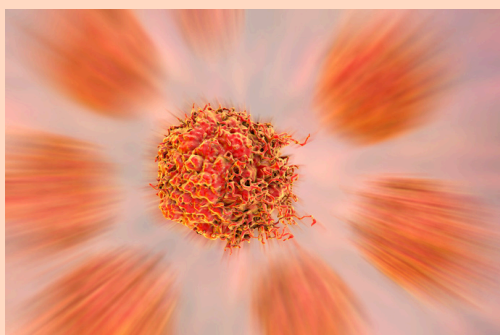
ALGORITHME DÉCISIONNEL

Pour les femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU.



QUELS PRÉLÈVEMENTS RÉALISER ?

→ Prélèvement cervical : il est important d'utiliser un milieu compatible pour la PCR et la cytologie (cytobrosse en milieu liquide).



TABAGISME PASSIF ET GROSSESSE-

Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT 2025

Environ 55 % des femmes enceintes non fumeuse sont exposées au tabagisme passif dans le monde.

Quelles sont les facteurs de risque ?

- conjoint fumeur
- antécédent de tabagisme actif au début de la grossesse
- niveau d'enseignement inférieur au secondaire
- niveau socio-économique bas
- primiparité
- âge inférieur à 25 ans

Les effets du tabagisme passif sont similaires que le tabagisme actif même si d'une intensité moindre.

- **mort foetale in utero, fausse couche spontanée, décès périnatal et néonatal**
- **malformations congénitales : principalement des anomalies de fermeture du tube neural, fente labio-palatines, agénésie rénale, brides amniotiques**
- **faible poids de naissance <2500g**
- **réduction du poids de naissance de 33g**
- **prématurité**

Il est recommandé de conseiller aux femmes et à l'entourage (conjoint notamment) de créer un environnement sans tabac, particulièrement au domicile et dans la voiture.

Un taux de cotinine urinaire supérieur à 10 ng/mL définit le tabagisme passif, tandis que le tabagisme actif est responsable de taux supérieur à 100 ng/mL.

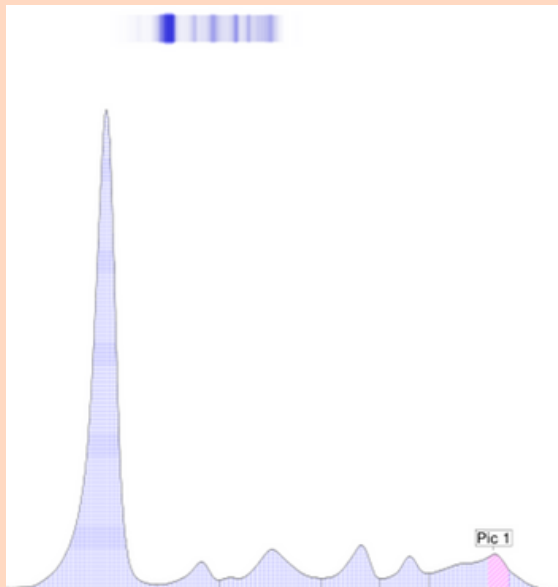


Les seuils décisionnels cités pour la cotinine urinaire sont les suivants :

- <10 µg/L : non exposé au tabagisme
- 10 à 100 µg/L : en cas de tabagisme passif
- > 100 µg/L : tabagisme actif

CONDUITE A TENIR DEVANT UN PIC MONOCLONAL

Revue du Praticien 2025



La découverte d'un pic correspond, dans la **grande majorité des cas**, à une simple anomalie biologique : on parle de **gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS)**

Il convient alors, avant tout, de rassurer le patient en lui expliquant qu'il ne s'agit pas d'une vraie maladie et que **le risque d'évolution est faible de 1%/an vers un myélome, une hémopathie lymphoïde ou une MGCS**.

Pour conclure à une MGUS, il faut néanmoins s'assurer de l'absence de pathologie associée, par l'interrogatoire et l'examen clinique et éliminer une **MGCS=gammopathie monoclonale de signification clinique, dont l'amylose** qui présente une gravité particulière par son atteinte cardiaque, le dosage de la **NT-proBNP est alors indiqué**.

QUAND RÉALISER UN SCANNER CORPS ENTIER ?

- en cas de pic IgG ou IgA de grande taille
- en cas de douleurs osseuses notamment rachidiennes, non calmées par le repos et les antalgiques de palier

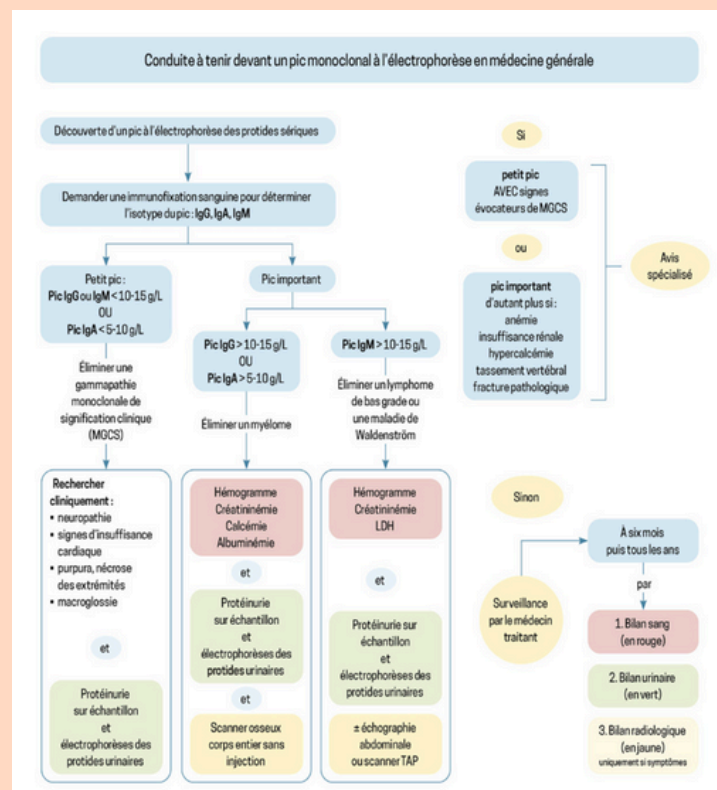
Il permet la recherche de lésions typiques de myélome.

QUAND ADRESSER À L'HÉMATOLOGUE ?

- **à chaque signe clinique ou biologique suggérant une MGCS**
- **présence d'élément évoquant une amylose**
- **pic de grande taille**
- **hypogammaglobulinémie**
- **présence de symptôme évoquant un myélome, en particulier douleurs osseuses/anémie/hypercalcémie/insuffisance rénale**
- **présence de symptôme évoquant une hémopathie maligne, en particulier : adénopathies, splénomégalie, hyperlymphocytose, anémie, thrombopénie**
- **augmentation du pic de plus de 5g/L en moins de 1an et confirmée par 2 examens séparés d'au moins 3 mois**

COMMENT ASSURER LE SUIVI EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

- surveillance clinique et biologique à 3-6 mois après la découverte du pic puis une fois par an par **NFS-albuminémie-créatininémie-calcémie-protéinurie sur échantillon-EP sériques**



Testez l'hépatite E quand les transaminases sont élevées !!

Biologistes365

Dans plus de 95 % des cas, une personne infectée par le virus ne présentera strictement **aucun symptôme**.

En cas de transaminases élevées et de prescription de tests sérologiques, aucun médecin n'oubliera l'hépatite A, B ou C. En revanche, **l'hépatite E sera oubliée une fois sur deux**.

Si la personne ne présente pas de facteurs de comorbidité, l'infection passe totalement inaperçue.

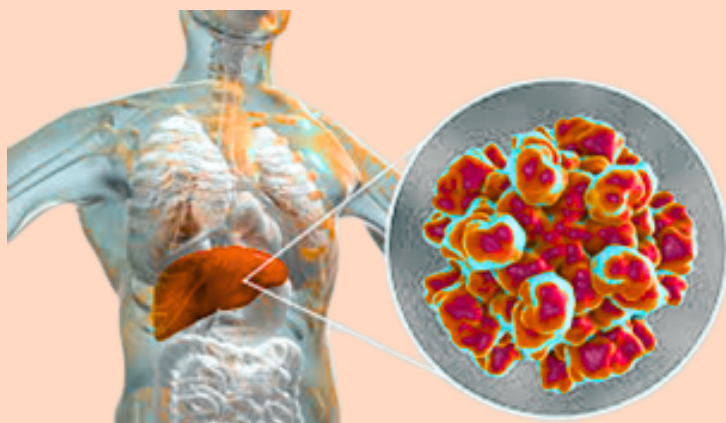
En revanche, cela peut être **grave dans 2 cas** :

- Les personnes souffrant d'une **maladie chronique du foie**, type hépatite liée à l'**alcool**, à l'**hépatite B ou C** chronique ou à une cirrhose...

En cas de rencontre avec le virus de l'hépatite E, il peut y avoir une aggravation de leur maladie et cela peut conduire à une **insuffisance hépatique sévère**.

- Les personnes immunodéprimées. Il s'agit probablement de la situation la plus problématique et qui a, en quelques années, placé le virus sur le devant de la scène scientifique et médicale.

Pour ces personnes, le risque de passer à une **hépatite chronique** est élevé.



RAPPEL :

le virus de l'hépatite E est principalement **transmis par voie alimentaire** :

- par la consommation d'eau non potable, en particulier dans les pays en voie de développement
- par la consommation de produits souillés (coquillages, légumes, viande mal cuite, etc.).

Dans ce contexte, il est important de souligner l'importance de manger de la viande bien cuite, en particulier pour les personnes à risque de développer des formes graves.

Le virus est présent partout dans le monde, chez les humains et chez les animaux.

L'hépatite E est 50 fois plus fréquente que l'hépatite A, mais on fait des recherches d'hépatites A, B et C avant de penser à l'hépatite E, ce qui peut conduire à des **errances diagnostiques**.

Au lieu de rechercher l'hépatite E, de nombreux examens complémentaires peuvent être prescrits, comme des bilans d'auto-immunité ou des recherches très sophistiquées.

DIAGNOSTIC :

Les tests de première ligne sont des tests sérologiques qui visent à chercher les **IgM anti-VHE**.

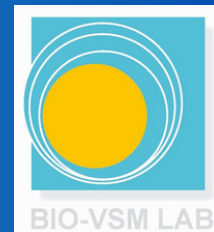
Leur sensibilité et spécificité supérieures à 98 % en période virémique chez l'immunocompétent.

Ensuite, s'il y a un doute, on peut rechercher l'**ARN du virus par PCR ou dans les selles**.

La **PCR est surtout importante chez les immunodéprimés**, car, chez ces personnes-là, les anticorps peuvent ne pas être détectés. La PCR peut alors permettre de montrer que l'infection va persister.

Dans 60 % des cas, on constate une persistance de l'infection.

Chez l'immunodéprimé qui déclare une hépatite E, il faut **absolument surveiller la chronicité de l'infection par biologie moléculaire**. Si le virus est toujours présent au bout de trois mois, on a affaire à une infection chronique.



BORRELIOSE DE LYME-Recommandations HAS 2025

RAPPEL EPIDEMIO :

La borréliose de Lyme (BL) est la maladie vectorielle à tique la plus fréquente en France.

Le risque de transmission est faible (1 à 4 %) et dépend du temps d'attachement de la tique, ainsi que de facteurs liés à la tique et propres à l'individu piqué.

L'exposition aux tiques se produit principalement en zones boisées ou végétalisées (randonnée, jardinage) et lors de contacts avec des animaux porteurs (équitation, chasse...).

En France, l'incidence de la BL était estimée à **51 cas pour 100 000 habitants en 2022**, les régions les plus touchées sont **l'Est et le Centre (Alsace, Lorraine, Limousin)**.

LES DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES :

- **Erythème migrant** : la forme la plus fréquente. Lésion érythémateuse plane apparaissant avec un délai d'incubation allant de **3 à 30 jours au point de la piqûre** de tique, d'extension progressivement **centrifuge, classiquement indolore, non prurigineuse**. L'EM disparaît en 1 à 2 semaines avec des antibiotiques.

Une **rougeur immédiate post-piqûre** et sans cinétique d'extension progressive ne correspond pas à un EM mais à une **réaction inflammatoire à la salive de tique**.

- Les autres formes cutanées : **lymphocytome cutané bénin**, forme cutanée disséminée précoce, rare, et l'**acrodermatite cutanée atrophique** (ACA), forme cutanée disséminée tardive, rare également.
- **L'atteinte neurologique de la BL, ou neuroborréliose** : méningoradiculite atteignant les racines crâniennes et/ou spinales

L'atteinte du VII (nerf facial) est la plus fréquente et se traduit par une paralysie faciale périphérique, parfois bilatérale et asynchrone.

La méningoradiculite spinale survient le plus souvent dans les 1 à 6 mois, et préférentiellement dans le métamère correspondant au territoire de la piqûre de tique : **douleurs intenses insomniantes à recrudescence nocturne et résistantes aux AINS**, associées à des paresthésies et/ou hypoesthésies et/ou une faiblesse motrice retrouvées à l'examen physique.

Toute manifestation neurologique apparaissant dans l'année suivant un EM non traité ou une piqûre de tique avérée doit faire évoquer une NBL.

Une sérologie de Lyme est indiquée devant toute suspicion de NBL.

L'antibiothérapie est typiquement très efficace en quelques jours avec une diminution franche de la douleur, ce qui constitue le critère principal d'évaluation d'efficacité du traitement.

Toutefois, des douleurs résiduelles séquellaires peuvent persister jusqu'à plusieurs semaines ou mois après le traitement, en particulier lorsque celui-ci est initié tardivement (> 6 mois), et ne doivent pas être considérées comme un échec du traitement.

Il peut également persister des pertes de mémoire, troubles de la concentration, une humeur dépressive, une asthénie et des céphalées.

- **L'atteinte rhumatologique** : mono- ou oligoarthrite subaiguë des grosses articulations **le plus souvent le genou**, ou la grosse articulation la plus proche du point de piqûre. La douleur est modérée, d'horaire inflammatoire, la fonctionnalité articulaire est relativement maintenue.

L'évolution se fait par poussées s'espçant avec le temps, non fébriles, avec une CRP peu élevée.

TERRAIN PARTICULIER : LES FEMMES ENCEINTES :

La patiente pourra être rassurée sur **l'absence de surrisque de complications** (fausses couches spontanées) par rapport à la population générale, dès lors qu'un traitement adapté a été suivi, et sur **l'absence de risque malformatif**.

DIAGNOSTIC : Avant tout clinique !!!

- Le **diagnostic d'érythème migrant est exclusivement clinique**

La **sérologie de Lyme n'est pas nécessaire** car en raison du délai d'apparition inférieur à 1 mois après la piqûre, le délai de développement des anticorps est insuffisant, sa négativité ne permet donc pas d'exclure le diagnostic et risque d'entraîner un retard au diagnostic et au traitement, tandis que **sa positivité est plutôt le reflet d'une infection antérieure si la piqûre de tique date de moins de 6 semaines**.

- Le **diagnostic des formes disséminées** (articulaires, neurologiques, autres) repose sur le **trépied** suivant : **exposition aux tiques + manifestations cliniques évocatrices + sérologie IgG positive avec examens complémentaires**.

BORRELIOSE DE LYME-Recommandations HAS 2025

FOCUS SUR LA SEROLOGIE DE LYME :



- La réalisation d'une sérologie de Lyme n'est indiquée qu'en cas de suspicion de BL disséminée

Seule la présence d'IgG à plus de 6 semaines de la piqûre/exposition aux tiques permet de confirmer le diagnostic (Elisa + Western Blot positif sur au moins 2 bandes)

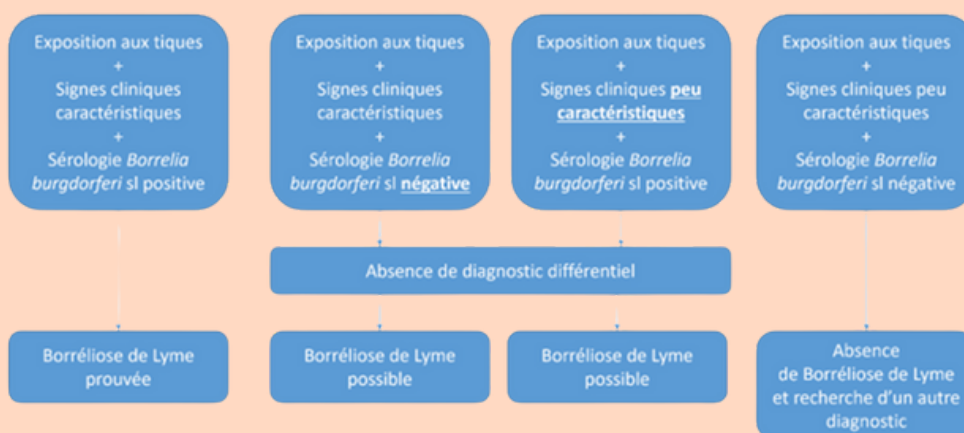
La présence d'IgM isolée n'est pas spécifique et ne permet pas de poser un diagnostic de BL : faux positifs fréquents, risque de croisement avec d'autres pathologies infectieuses : VIH, syphilis, toxoplasmose, EBV, CMV, parvo B19 et non infectieuses : lupus (AAN), polyarthrite rhumatoïde (facteur rhumatoïde...).

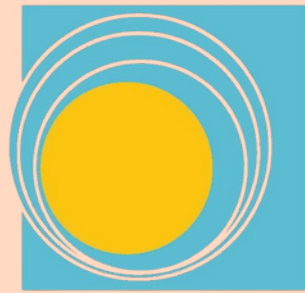


- Une sérologie positive en IgG sans manifestation clinique évocatrice de BL correspond à une cicatrice sérologique et n'est pas en rapport avec une BL active
- Une sérologie négative réalisée de façon trop précoce après la piqûre (< 6 semaines) ne permet pas d'éliminer le diagnostic et doit être reconstruée ultérieurement pour rechercher une séroconversion. Rares cas de séronégativité avec BL active ont été rapportés chez des patients sous anti-CD20.

Il n'est pas recommandé de faire de suivi sérologique après traitement (les anticorps persistent mais ne reflètent pas une infection active)

Les autotests disponibles en vente libre ne sont pas recommandés.





BIO-VSM LAB

DIRECTRICE SCIENTIFIQUE : ESTELLE LEMOINE



contact@biovsm.com

Version pdf disponible sur notre site internet : www.biovsm.fr