



Newsletter #11

Dans ce numéro

1. Hyperkaliémie
2. Dépistage Chlamydia (recommandations HAS)

Etiologies des fausses hyperkaliémies

- ❖ **Hémolyse** lors d'un prélèvement difficile avec un garrot serré
- ❖ **Centrifugation tardive** du tube
- ❖ **Température** transport non maîtrisée
- ❖ **Hyperleucocytose majeure** (> 150 000/mm³) ou **thrombocytémie majeure** (> 800 000/mm³)

Les valeurs à retenir pour l'hyperkaliémie (HAS 2012)

- ✓ **K+ sérique (tube rouge) > 5.5 mmol/L**
- ✓ **K+ plasmatique (tube vert) > 5 mmol/L**

1. Hyperkaliémie : le mythe du "tube vert"

Le potassium déteste deux choses : être prélevé en dehors du laboratoire (délai de transport non centrifugé >4H) et la conservation avant analyse à des températures soit très froides (< 5/10°C) soit très chaudes (> 25°C).

Dans ces situations, il peut exister une augmentation artificielle de la kaliémie in vitro par transfert transmembranaire du K+ intra cellulaire vers le sérum, avec une variation inter individuelle forte.

Est-ce que l'utilisation d'un autre type de tube permet de résoudre le problème ?

Non, actuellement sur le marché, **aucun tube ne permet de bloquer le transfert cellulaire de K+** : différentes études (cf bibliographie) ont montré que le **tube h. de lithium (vert) ne conserve pas mieux le K+ que le tube sec (rouge)**. La présence d'un gel à l'intérieur du tube ne garantit la stabilité du K+ qu'à partir du moment où il est réceptionné et centrifugé (intérêt si transport d'un site de prélèvement de laboratoire à un plateau).

Une étude interne à Bioexcel réalisée en avril 2019 sur 88 échantillons avec un délai pré analytique > 4H **a comparé K+ sérique et K+ plasmatique en tenant compte de la norme différente pour les deux natures de tube.**

| K+ | Sérum | Plasma |
|-----------|----------|----------|
| < 5,0 | 62 | 83 |
| 5,1 - 5,5 | 22 | 3 |
| 5,6 - 6 | 2 | 1 |
| > 6 | 2 | 1 |

| | | |
|------------------|--------------|--------------|
| % hyperK+ | 4,50% | 5,70% |
|------------------|--------------|--------------|

Définition hyperkaliémie

K+ sérique (tube rouge) > 5.5 mmol/L
K+ plasmatique (tube vert) > 5 mmol/L

Résultats :

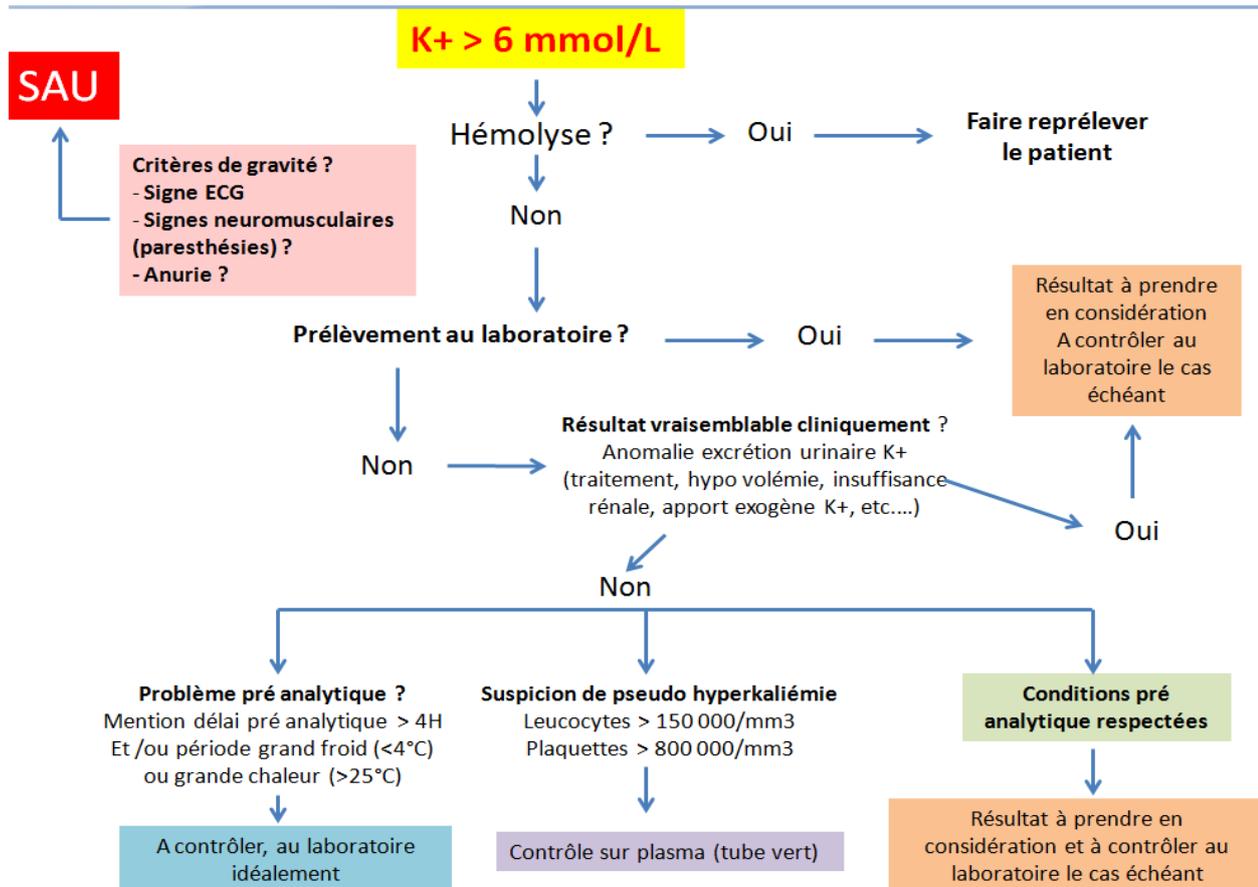
- **Bonne corrélation sérum/plasma**
- **Proportion d'hyperkaliémies sur sérum et plasma comparable (environ 5%)**
- **Concordance sérum/plasma pour 4 hyperkaliémies**
- **2 hyperkaliémies ne concernaient par contre que le tube plasma.**

Dans la logique de ces résultats, il a donc été décidé de **conserver la réalisation du K+ sur sérum** afin de :

- **faciliter le travail des IDE** (nombre restreint de tubes à prélever, sérum associé indispensable pour réaliser certaines sérologies)
- **maintenir un délai de rendu rapide** (encombrement automates).

Nous mettons parallèlement tout en œuvre pour maîtriser les conditions nécessaires à un résultat de qualité (redéfinition régulière des horaires des points de collecte, sacs isothermes, équipement des voitures du laboratoire pour le transport à T° maîtrisée...). **En cas d'hyperkaliémie >6 mmol/L, il est préférable de demander au patient de se présenter directement au laboratoire pour réaliser un contrôle de sa kaliémie (cf arbre décisionnel ci-dessous).**

Proposition d'algorithme décisionnel hyperkaliémie



2. AUTO PRELEVEMENT CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Données épidémiologiques

IST très fréquente:

Taux d'infection 18-25 ans :

- Femme : environ 4%
- Homme : environ 2%

Population à risque MST : peut atteindre 20%

60 à 70% de formes asymptomatiques

Responsable de complications sévères chez la femme (salpingites, GEU, stérilité tubaire...)

Révision de la stratégie de dépistage HAS 11/2018

Objectif : limiter la propagation de l'infection au sein de la population

Chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans :

- **1 dépistage systématique**, y compris les femmes enceintes.
- Si test négatif et facteur de risque = **1 dépistage par an**
- Si test positif = dépistage après traitement répété à 3-6 mois.

Dépistage opportuniste ciblé :

De plus, un dépistage opportuniste ciblé doit être proposé aux populations suivantes :

- **Hommes sexuellement actifs**, présentant des **facteurs de risque, quel que soit l'âge** ;
- **Femmes sexuellement actives > 25 ans avec facteurs de risque** ;
- Femmes enceintes consultant pour **une IVG**, sans limite d'âge.

⇒ **Diagnostic des co-infections à N. gonorrhoeae grâce au test d'amplication génique combiné par PCR réalisé sur Bioexcel.**

Rendre le dépistage plus accessible++

- Pas seulement dans les centres dédiés (type CPEF, CeGIDD...)
- Au cabinet du MG, du gynécologue, de la sage femme, sur prescription au laboratoire...
- En cas de réticence, **savoir proposer et promouvoir l'auto prélèvement vaginal comme alternative** (meilleure acceptabilité + meilleure performance diagnostique que sur recherche urinaire)

A cette fin, des kits d'auto prélèvement sont disponibles pour les patientes

✓ auprès de chacun de nos laboratoires

✓ **commande en ligne de kits pour les professionnels de santé**

- sur notre site www.bioexcel.fr / rubrique professionnels de santé / commande

Traitement (Vidal)

Azithromycine (1 g dose unique par voie orale) ou

doxycycline (*per os* 100 mg x 2/j pendant 7 jours, CI chez femme enceinte).

Traitement co-infection

par *Neisseria gonorrhoeae*,

Ceftriaxone injectable (250 mg ou 500 mg)

Notice de prélèvement kit



Nom : Date prélèvement :/...../.....
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Nom du médecin :

AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL - RECHERCHE CHLAMYDIA/GONOCOQUE

| | |
|---|---|
| | <p>Le kit contient les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 tube cobas® PCR Media à bouchon jaune - 1 écouvillon coton tige : A - 1 écouvillon floqué : B <p><u>Précautions:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas utiliser l'écouvillon B floqué - ne pas humidifier l'écouvillon avec le liquide du tube avant le prélèvement |
| | <p><u>Etape 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une main, tenir l'écouvillon coton tige A avec le trait noir au-dessus de votre main - de l'autre main, maintenir les lèvres écartées |
| | <p><u>Etape 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - insérer l'écouvillon sur environ 5 cm dans le vagin - le faire tourner doucement pendant 30 secondes en frottant contre les parois vaginales - retirer soigneusement l'écouvillon - ne toucher aucune surface avant de le placer dans le tube |
| | <p><u>Etape 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ouvrir le tube - mettre l'écouvillon dans le tube et briser la tige au niveau du trait noir contre le bord - fermer le tube en serrant bien le bouchon - jeter la tige cassée de l'écouvillon à la poubelle |
| <p><u>Etape 4: Transport et conservation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - garder le tube à température ambiante (mini 2°C et maxi 30°C) - envoyer l'échantillon au laboratoire dès que possible | |

Bibliographie

<https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-101/32093>

<https://vdocuments.site/pseudohyperkalemia-a-new-twist-on-an-old-phenomenon.html>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1769952/pdf/jcp05600385.pdf>

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis