

l'essentiel :

Marqueurs cardiaques : les nouvelles incompatibilités de remboursement par la sécurité sociale.

Vitamines D : doser les formes D2 et D3 pour l'évaluation du statut vitaminique du patient et un meilleur suivi la correction de l'insuffisance.

Médecine nutritionnelle : à Nice, un séminaire en trois volets sur le thème de la première consultation.

Dépistage du HIV : ce qui a changé depuis novembre 2010.

Marqueurs cardiaques : nouvelles incompatibilités de remboursement par la sécurité sociale

La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale a été revue à la baisse, à nouveau, en février 2011. Au delà des baisses de cotation des analyses individuelles, le nombre d'actes qui ne seront pas remboursés au patient, s'ils sont prescrits conjointement, a encore augmenté. Les marqueurs cardiaques sont visés par ces incompatibilités.

Etait déjà en vigueur :

- CKMB et Troponine sur même ordonnance, la CKMB est hors nomenclature (HN, B30). Le patient doit régler 8,10 € s'il accepte de faire l'analyse .

Depuis février 2011 : la CPK (enzyme musculaire non spécifique du cœur), la CKMB et la Troponine (enzymes spécifiques du cœur) sont incompatibles d'un point de vue remboursement sécurité sociale. Ainsi :

- CPK et CKMB sur même ordonnance (fréquent en cardiologie), la CPK sera HN (B12), il en coutera au patient 3,24€. A noter que l'interprétation de la CKMB est directement liée à la valeur de la CPK. En conséquence, il est vivement recommandé au patient d'accepter de faire la CPK malgré son non remboursement...

- CPK et Troponine (situation rare) : CPK non remboursée, 3,24€ à la charge du patient.

- si prescription des trois marqueurs (plus rare), CPK et CKMB non remboursées, soit 11.34€.

Dr Philippe Gobet, biologiste médical, laboratoire de la Gare, Menton.
04 93 57 79 79



Pour en savoir plus :

infod dosage " **les incompatibilités à la NABM**". Ce document synthétise toutes les associations de dosages non remboursées aux patients.

Doser les formes D2 et D3 pour l'évaluation du statut vitaminique D du patient et la correction des insuffisances

La vitamine D joue non seulement un rôle dans le métabolisme du calcium, mais aussi dans la différenciation cellulaire, les fonctions neuromusculaires et immunologiques et probablement dans la prévention de maladies chroniques telles que le cancer, les affections cardiaques et le diabète.

Points clefs

- Plus une pro hormone, qu'une vitamine, avec des effets osseux mais aussi extra osseux.
- Apports nutritionnels recommandés insuffisants pour maintenir un statut vitaminique optimal.
- Prévalence de l'insuffisance et de la carence en vitamine D importante dans toutes les populations en France : sujets jeunes, adultes en bonne santé, ostéoporotiques et hospitalisés pour fractures.
- Indications précises de dosage : suspicion d'ostéomalacie ou rachitisme mais aussi évaluation du statut vitaminique D par ex chez des sujets atteints ou à risque d'ostéoporose, des sujets âgés à risque fracturaire, des sujets insuffisamment exposés au soleil, ou au cours de l'insuffisance rénale chronique.

Les carences sont fréquentes et souvent méconnues, notamment chez le sujet âgé ou insuffisamment exposé au soleil. Le dosage de la vitamine D est donc un indicateur précieux pour la mise en route d'un traitement efficace et peu coûteux, comme dans le cas de l'ostéoporose.

Le seuil international de carence recommandé est de 75 nmol/L (30 µg/L). Jusqu'à récemment, notre laboratoire utilisait la technique Roche sur l'appareil Elecsys® qui dose la seule 25-OH D3. Malgré la haute spécificité du test, celui pose des limites dans le cadre des suivis de patients traités par les spécialités contenant l'ergocalciférol¹.

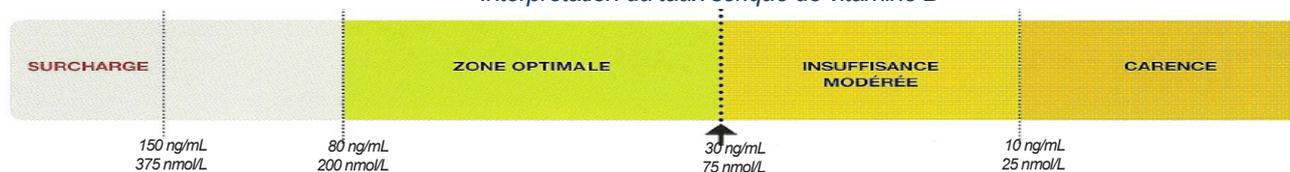
1 Étude comparative du dosage sérique de la 25-OH vitamine D3 sur Elecsys® versus Liaison® = Comparative study of the serum measurement of 25-OH vitamin D3 on the Roche Elecsys® versus the DiaSorin Liaison® immunoassay analyzer SZYMANOWICZ A. DEVAUX C. NEYRON M.-J. in Immuno analyse & biologie spécialisée 2009, vol. 24, no3, pp. 160-165

Notre choix c'est porté sur la méthode DiaSorin sur Liaison® qui dose la 25-OH D2, la 25-OH D3 et les autres métabolites hydroxylés de la vit D. Ce dosage permet un meilleur suivi des patients traités, quelque soit la spécialité choisie par le thérapeute ou l'apport nutritionnel préconisé.

Pour en savoir plus :

infod dosage " **Vitamine D**". Ce document développe l'intérêt du dosage de la 25-OH D2D3 pour l'évaluation du statut vitaminique D du patient et propose un protocole de correction des insuffisances.

Interprétation du taux sérique de vitamine D



L'intérêt des bilans biologiques en médecine nutritionnelle : un séminaire à Nice.

La médecine nutritionnelle et fonctionnelle vise à optimiser les fonctions des cellules, tissus et organes, aussi bien pour les approches préventives que curatives.

Dr Pierre Maldiney, fervemment convaincu du lien entre nutrition et santé, exerce la médecine nutritionnelle depuis de nombreuses années. Les sujets du séminaire qu'il anime sur Nice, correspondent à des situations cliniques fréquemment rencontrées. Cette formation vous apporte une avancée significative pour appréhender la prise en charge personnalisée et efficace des patients lors de la première consultation en médecine nutritionnelle.

Dr Maldiney propose une communication claire et vraie, dans une démarche rigoureuse, validée et référencée, lors de ce programme en trois volets (pouvant être suivis indépendamment les uns des autres) à l'hôtel Novotel Arenas de Nice 455 promenade des Anglais (à proximité du parc Phoenix).



Réservez !
pour votre participation gratuite
le 30 juin 2011 19h30
Hôtel NOVOTEL Arenas Nice

prenez contact avec :
Dr Lilli Pandiani 06 03 01 65 50

Un premier volet dédié à «la première consultation de base» s'est déroulé le 26 avril, face à une assistance composée d'une trentaine de médecins généralistes, acupuncteurs, homéopathes ou spécialistes anti-aging mais aussi de confrères diététiciens ou biologistes.

Le second volet du mardi 24 mai 2011 avait pour thème «la première consultation en Médecine Nutritionnelle du patient inflammatoire et dysbiotique».

Le dernier volet sera proposé le jeudi 30 juin 2011 à partir de 19h30 sur le sujet de «la première Consultation en Médecine Nutritionnelle du patient en surpoids».

Dr Lilli Pandiani, biologiste médicale, laboratoire multisite Barla
Jean Marc Verhoeft, directeur du laboratoire Roman Pais (Belgique)
<http://www.rplab.be/fr/>

Dépistage du HIV : ce qui a changé depuis novembre 2010.

L'arrêté du 28 mai 2010 concernant le dépistage du HIV est en application depuis novembre 2010. Voici les grandes lignes concernant l'examen au laboratoire.

Le laboratoire de biologie médicale doit analyser isolément le sérum ou le plasma de chaque individu au moyen d'un réactif, (marqué CE) utilisant une technique ELISA¹ à lecture objective de détection combinée des anticorps anti-VIH 1 et 2 et de l'antigène p24 du VIH 1 avec un seuil minimal de détection de l'Ag p24 de 2 UI/mL. **Le test Elisa combiné permet un délai raccourci à 6 semaines entre la date d'exposition supposée au VIH et la date du dépistage**, au lieu de 12 semaines avec la méthode précédemment utilisée.

- Un résultat négatif, et en l'absence d'autre prise de risque durant ce délai, signe l'absence d'infection par le VIH.
- En cas de résultat positif, une **analyse de confirmation par western blot ou immunoblot** est réalisée à l'initiative du biologiste médical sur le même échantillon sanguin. Elle permet, de plus, de différencier une infection à VIH 1 ou à VIH 2. Si le résultat de l'analyse de confirmation est négatif ou douteux, le biologiste médical effectue à son initiative sur le même échantillon sanguin une détection de l'antigène p24 du VIH 1, avec un réactif (marqué CE, seuil minimal de détection 2 UI/mL) confirmée par un test de neutralisation en cas de positivité. Lorsqu'il en a la possibilité, le biologiste médical peut réaliser à la place de cette détection, une recherche d'ARN viral plasmatique du VIH 1. Mais la présence des anticorps anti-VIH 1 et 2 ou de l'antigène p24 du VIH 1 chez un individu n'est validée qu'après réalisation d'un diagnostic biologique sur un échantillon sanguin issu d'un second prélèvement au moyen d'un réactif identique ou différent.

Le diagnostic biologique de l'infection par le VIH repose donc sur cette stratégie en deux temps : analyse de dépistage puis analyse de confirmation.

Il est recommandé au médecin prescripteur de fournir au biologiste les renseignements cliniques contributifs² à l'orientation diagnostique. En cas de difficultés dans l'interprétation des résultats de ces analyses, une concertation étroite est recommandée entre le médecin prescripteur et le biologiste. Tout profil atypique doit être exploré au moyen de techniques diagnostiques spécifiques (sérologies spécifiques de variants, isolement viral, tests de détection génomique, etc.) surtout si le contexte clinique et/ou épidémiologique est en faveur d'une exposition au VIH.

La remise du résultat du test doit être réalisée de manière confidentielle. Avec l'accord du patient, cette tâche revient en première intention à un médecin au cours d'une consultation spécifique, lui permettant de fournir de l'information concernant la prévention de l'infection par le VIH et, en cas d'infection diagnostiquée, de débiter la prise en charge et le suivi du patient.

Dans le cas d'un test réalisé en l'absence de prescription sur demande expresse du patient (c'est-à-dire en dehors du cadre réglementaire actuel), il appartient au biologiste d'informer lui-même le patient. La remise du résultat doit se faire lors d'un entretien au cours duquel le biologiste conseille au patient de prendre contact avec son médecin traitant. En cas de résultat positif, en l'absence de médecin traitant, le biologiste doit proposer un accompagnement au patient et peut notamment orienter ce dernier vers un réseau ville-hôpital ou tout dispositif mis en place par le COREVIH.

HAS : dépistage de l'infection par le VIH en France, stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations. Octobre 2009.



¹ les résultats sont exprimés en Signal/cut-off (S/CO) sont rendus réactif si S/CO >1 ou non réactif (S/CO < à 0,9). Toutefois les résultats dont les rapports S/CO sont compris entre 0,9 et 1 sont interprétés avec prudence. Les échantillons correspondants sont testés à nouveau en double.

² En particulier âge, suspicion de primo-infection, situations pathologiques particulières (co-infections, traitements associés, etc.).

Contact médical :
Contact information :

Dr Lilli Pandiani
Brigitte Mathis

lilli.pandiani@labco.eu
brigitte.mathis@labco.eu

Mob : 06 03 01 65 50
Mob : 06 16 76 83 64