



Examens Cytobactériologiques des Liquides d'Ascites Analyse Comparative Rétrospective des liquides *de gastro-entérologie* 2015 - 2019

Dr Vièles-Marais D. ; Dr Nogueira L. ; Dr Kabiri K. ; Pr Pagès JC

Laboratoire de Biologie Cellulaire et Cytologie

Institut Fédératif de Biologie

TOULOUSE - CHU PURPAN

vielles-marais.d@chu-toulouse.fr

1)Contexte:

Définitions: **Infection Spontanée du Liquide d'Ascite (ISLA)** = Polynucléaires Neutrophiles (PNN) > 250/mm³ (SFGE)
Bactériascitie = taux de PNN < 250/mm³ ET pousse bactérienne +

Recommandations:

- *BU
- *Comptage manuel des PNN
- *Ensemencement flacons HAA + HAA
- *Recherche d'ADN bactérien

Microbiologie³	Sérologies réglementaires pour la qualification des donneurs d'organes : VIH, HTLV, VHB, VHC, CMV, EBV, toxoplasmose, syphilis Anticorps IgM anti-VHA*, antigène HBs (AgHBs), IgM anti-HBc, anti-VHC Légionellose : antigène urinaire ECB liquide de dialyse péritonéale ECB d'autres échantillons microbiologiques en fonction du contexte clinique Sérologie VIH pour l'indication d'exposition au sang (AES) (sujet source, maternité, conformément à la réglementation)	1 échantillon par origine de prélèvement	< 120 minutes pour obtenir un résultat partiel et/ou un traitement de l'échantillon en vue de résultats complémentaires différés et résultats différés possibles < 4 heures
----------------------------------	---	--	--

Synthèse

Ann Biol Clin 2016 ; 74 (2) : 130-55

Recommandations de la SFBC sur la biologie d'urgence

2)Objectifs:

Recueil rétrospectif et exhaustif des liquides d'ascites issus des services de gastro-entérologie de 2015-2019



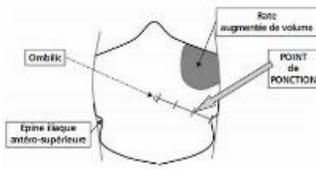
Workflow des prélèvements et traitement au laboratoire:

Une ponction d'ascite à visée diagnostique est réalisée chez tout patient cirrhotique admis à l'hôpital
(hormis cirrhose réfractaire chez patient à faible risque d'ISLA)

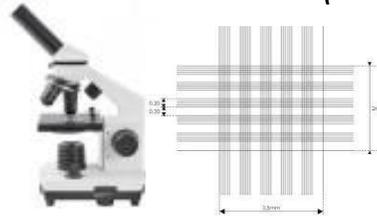


Emia ombelicale nell'anziano associata ad Ascite

1-Ascite clinique



2- Ponction d'ascite
Tube EDTA



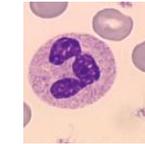
3 - Numération sur cellule de Malassez



4- Cytocentrifugation



5 - Coloration MGG



6 -Formule leucocytaire

Prélèvements et populations étudiés:

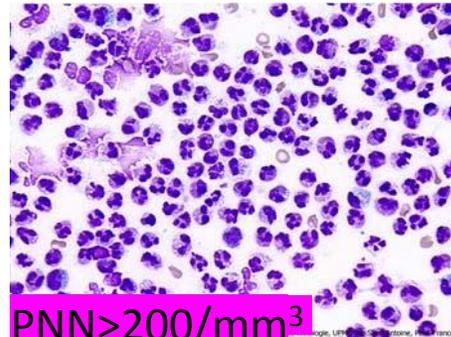
Année	LCR	Synoviaux	Epanchements	Urines	TOTAL
2015	4133	1198	2675	50491	58497
2016	4647	1264	3113	48932	57956
2017	4220	1250	3282	46772	55524
2018	3912	1094	3483	45850	54339
2019	5118	1122	3573	45219	55032

Liquides d'Ascites (environ 50%)

Recueil rétrospectif et exhaustif des liquides d'ascites issus des services de gastro-entérologie de 2015-2019

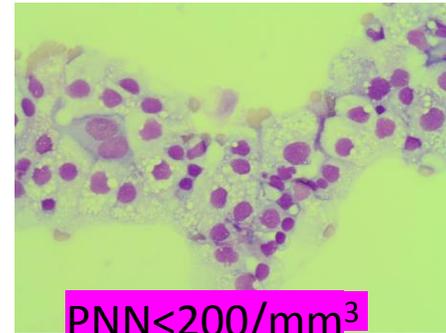
Hommes	Femmes	Age moyen	TOTAL
78 %	22%	61 ans	3313

	ISLA	dont +
PNN > 200/mm ³	+42	+0
PNN > 250/mm ³	281	52
PNN > 500/mm ³	-105	-5



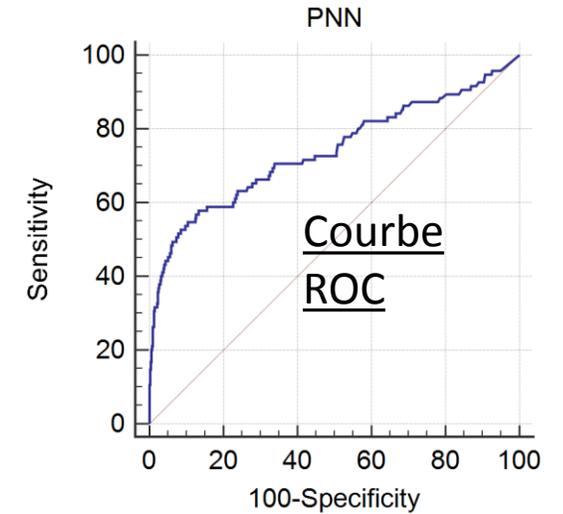
PNN > 200/mm³
PNN > 250/mm³
PNN > 500/mm³

3313



PNN < 200/mm³
PNN < 250/mm³
PNN < 500/mm³

3/5 = étude-CYTOLOGIE



Performances selon les seuils:

PNN	Sensibilité	Spécificité
>172.8	54.74	87.51
>250	54.74	89.65
>469.8	49.47	92.64

Youden index J	0,4459
Associated criterion	>156
Sensitivity	57,89
Specificity	86,70

428 / 386 / 281
12,2% / 12% / 8,5%

= ISLA

2885 / 2927 / 3032
87% / 88% / 91,5%

376 / 334 / 234
87,8% / 86,5% / 60,6%

Cultures NEGATIVES J5

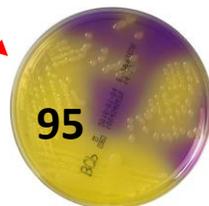
Cultures POSITIVES J5

52 / 52 / 47
12,1% / 13,5% / 12,3%

43 / 43 / 48
1,5% / 1,5% / 1,6%

= Bactérieascitie

Cultures NEGATIVES J5



2842 / 2884 / 2984
98,5% / 98,5% / 98,4%

Mono bactériens	Poly bactériens	Levure (s)	Levure (s) / bactérie (s)
78	13	5	4

	E. Coli	Staph non aureus	Strepto	E. faecium	E. faecalis	E. cloacae	P. aeruginosa	S. aureus	K. pneumoniae	Autres
LA+ ISLA+ Bact.	27-40-12 2BLSE ★	17-8-25	12-8-11	11-4-7	9-6-7	5-12	5-8-2	2-2-2	2-2 1BLSE ★	3-
<u>Taux de PNN moyen</u>	51278	695	11373	609	536	4763	1889	1861	48450	

ISLA communautaires

E. Coli **MORTALITE 10 à 30%**
 K. pneumoniae
 CGP (streptocoques, entérocoques)

ISLA nosocomiale

Entérobactéries productrices de BLSE
 Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Stenotrophomonas maltophilia
 SARM **MORTALITE X 2**

séjour en SI dans les 3 mois précédents, ou recevant une antibioprophylaxie ou ayant eu une intervention chirurgicale récente

Bactériascitie : traiter en
présence de signes cliniques
sinon renouveler la ponction
d'ascite à 48H

--ISLA--

+Albumine J1J3
+Cotrimoxazole

Antibiothérapie probabiliste = C3G ou Quinolones ou Amox./A. clav. 5-10j

Ponction d'ascite de contrôle **H48** : diminution de plus de 25% du taux de PNN

Antibioprophylaxie II^{re} = Quinolone P/O dès le 1^{er} épisode d'ISLA

Conclusion

Fréquence des ISLA (>10% des liquides d'ascites envoyé par le secteur de gastro entérologie)

Résultats cytologiques & bactériologiques superposables à ceux décrits dans la littérature de l'ISLA

Seuil optimal <200PNN/mm³ si l'on tient compte des résultats de culture

Conséquences

Réévaluation du Seuil ??

Affiner les appariement par âge / sexe / facteurs de risque / bactéries/ antibiorésistance / mortalité

Perspective

Automatisation de la cytologie des liquides biologiques tant pour la numération que pour la (pré) formule leucocytaire : microscopie automatisée, cytométrie de flux

Bibliographie Granger, Biologie des liquides d'épanchements. Marcy l'Etoile : Editions Biomérieux, 2006; Jean-Baptiste Nousbaum, Infection du liquide d'ascite : diagnostic, traitement et prévention; POST'U 2015; Recommandations professionnelles: prise en charge des complications chez les malades de cirrhose; HAS, septembre2007.