

Rapportage pour l'année 2016

Centre de Référence Nationale pour *Anaplasma phagocytophilum*

Nom HING Mony	Organisation Hôpital Militaire Reine Astrid Laboratoire de Biologie Clinique	Rue Bruyn	Ville 1120 Bruxelles
Tel : 02/ 264 4651	Fax : 02/264 46 54	E mail Mony.hing@mil.be	

En 2016, le CNR *Anaplasma phagocytophilum* a reçu 342 demandes d'analyse pour 307 patients dont 41% d'hommes et 59% de femmes.

Sur ces 307 patients, 226 (74 %) n'avaient pas d'anticorps contre *Anaplasma phagocytophilum*.

*Commentaire : Comme les années précédentes, notre CNR a reçu peu d'échantillons de suivi permettant d'objectiver une séroconversion ou une augmentation du titre d'anticorps. Il faut pourtant noter qu'un résultat sérologique négatif n'exclut pas la maladie car des anticorps spécifiques peuvent encore être absents lors de la première consultation du patient. Dans cette phase aiguë les cliniciens ont tout intérêt à prescrire le test de PCR et de prévoir un tube d'EDTA afin de permettre au laboratoire CNR de rechercher l'ADN d'*Anaplasma phagocytophilum* et de visualiser microscopiquement la bactérie sous forme de morulae dans les granulocytes neutrophiles.*

Sur les 81 autres patients (H 41%, F 59%, âge moyen 44 ans (12 – 88 ans), 20 patients (20/307 ; 6%) ont eu une infection d'*Anaplasma* PROBABLE (renseignements cliniques et bilan compatibles avec anaplasmosis, IgM et/ou IgG positives). Dans le sérum de 61 patients (61/307; 20%) des anticorps contre *A. phagocytophilum* ont été détectés mais le manque de données cliniques ou d'échantillons de suivis n'ont pas permis de conclure s'il s'agit de cas d'Anaplasmosis confirmés ou probables.

*Commentaire : Pour ce dernier groupe, nous ignorons si ces anticorps IgM et/ou IgG reflètent réellement une infection d'*Anaplasma phagocytophilum* car avec la méthode d'immunofluorescence des réactions croisées avec d'autres organismes ne sont pas exclues (par exemple CMV, Borrelia).*

Recommandations aux Cliniciens:

1. Vu le taux élevé de tiques porteur de *A. phagocytophilum* en Belgique (jusque 14%) ou à l'étranger (La Slovénie par exemple), ajouter la recherche d'*A. phagocytophilum* à la demande d'analyse pour *Borrelia* est justifiée chez un patient avec une histoire d'exposition récente à des tiques en Belgique (temps d'incubation 5 à 21 jours) et des signes cliniques grippales avec thrombocytopénie et atteinte hépatique (AST, ALT élevés). Pour plus de renseignements, vous pouvez consulter l'article publié par HING Mony et al: Diagnosis of Human Granulocytic Anaplasmosis in Belgium by combining molecular and serological methods, M. Hing and al, New Microbes and New Infections published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Disease., NMNI, 2014,2, 177–178.

2. Pour permettre une prise en charge rapide et spécifique du patient, il est indispensable que le clinicien fasse parvenir pendant la phase aiguë, les échantillons nécessaires (sérum et EDTA) au CNR *Anaplasma phagocytophilum* ainsi que le formulaire de demande spécifique sur lequel les renseignements cliniques doivent absolument être mentionnés. A noter que en 2016 le CNR n'a reçu des renseignements cliniques qu'en 62% (190 fois sur 307 patients, en 2015 ; 59%, en 2014 ; 43%, en 2013 ; 38%). Les formulaires de demande d'analyse sont disponibles sur le site de l'ISP-WIV <http://nrchm.wiv-isp.be>

Recommandations aux Biologistes :

Il est indiqué d'ajouter une analyse complémentaire pour rechercher la présence d'*Anaplasma phagocytophilum* (via PCR et IFA) en cas d'exposition à des tiques avec une Borreliose positive ou négative chez des patients avec des symptômes grippaux, thrombocytopénie et perturbations des enzymes hépatiques (AST, ALT).

Recommandations générales :

Pour obtenir une image (plus) complète de la situation d'*Anaplasma phagocytophilum* en Belgique, d'autres données sont nécessaires ;

- La séro-prévalence dans la population Belge.
- La prévalence d'*Anaplasma phagocytophilum* chez les tiques en Belgique.
- La séro-prévalence d'*Anaplasma phagocytophilum* chez les animaux sauvages et les animaux de rente en Belgique.

Tableau de synthèse :

	Nb de demandes d'analyse	Nb de patients	H %	F %	Renseignements cliniques disponibles	IFA IgM, IgG négative	Nb de cas confirmés Critère Brouqui	Nb de cas probables Critère Brouqui	Nombre de patients avec IFA positive qui ne répondent pas aux critères Brouqui	Age moyen
2016	342	307	41	59	190 (62%)	226 (74%)	0	20 (6%)	61 (20%)	44 (12-88)
2015	536	477	37.5	62.5	281 (59%)	357 (74,8%)	2 (0.4%)	23 (4,8%)	95 (19,9%)	48 (8-84)
2014	363	315	48	52	135 (43%)	248 (79%)	1 (0,31%)	17 (5%)	49 (16%)	50(13-76)
2013	341	298	53	47	113 (38%)	214 (72%)	1 (0.33%)	19 (6.4%)	64 (21.5%)	44 (9-83)

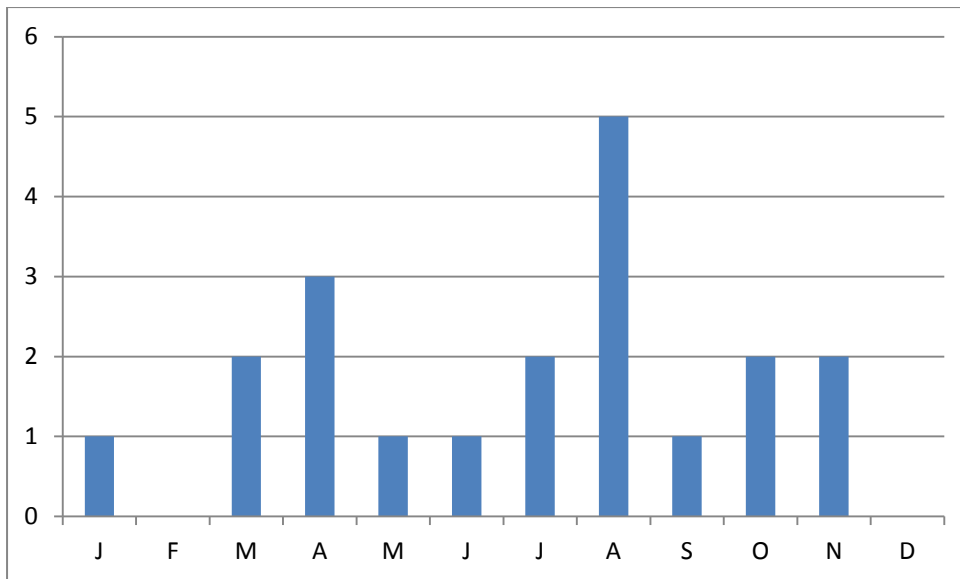


Figure 1 : Distribution par mois du nombre de patients avec une infection avec *Anaplasma phagocytophilum* confirmée ou probable (N=20; 2016, date de réception de l'échantillon au CNR)

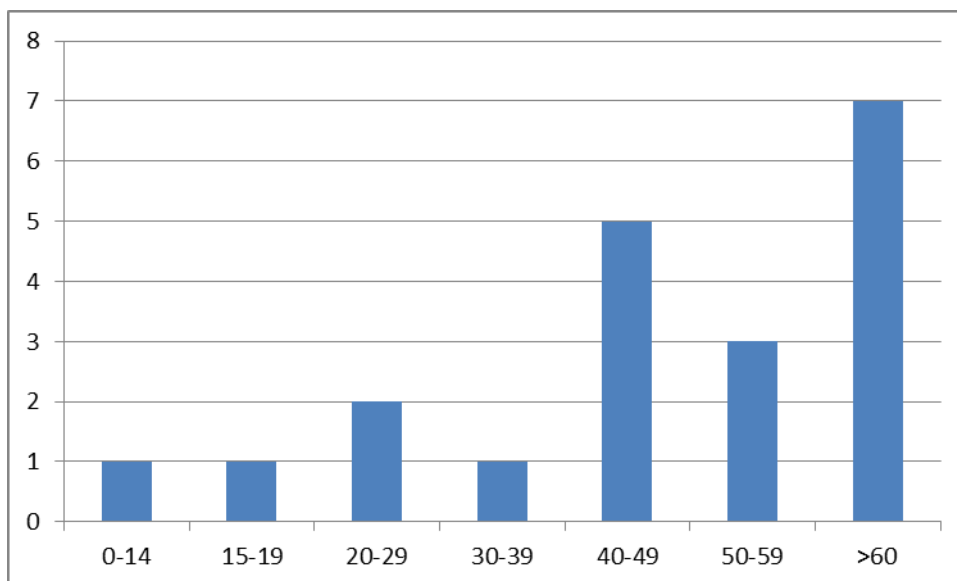


Figure 2 : Distribution par tranche d'âge du nombre de patients avec une infection avec *Anaplasma phagocytophilum* confirmée ou probable (N=20; 2016)