

# Recommandations pour prélèvements CUTANES pour immunodiagnostic en dermatologie

Centre de Référence Maladies Rares de la Peau et  
des Muqueuses d'Origine Génétique

Responsable : Dr Christine CHIAVERINI

Tél 04.92.03.92.11 [chiaverini.c@chu-nice.fr](mailto:chiaverini.c@chu-nice.fr)

Laboratoire : Service Génétique Médicale  
Téléphone 04 92 03 64 60 / Fax 04 92 03 64 65  
Hôpital de l'Archet 2 (niveau -3)  
[francou.b@chu-nice.fr](mailto:francou.b@chu-nice.fr)

## PRELEVEMENT

Il faut un prélèvement **au punch de 4 mm sur le bord d'une bulle très récente (max 12h)**, de façon à obtenir une zone nettement décollée et une zone non décollée de l'épiderme.

**Attention :** il est inutile de biopsier une « vieille » bulle même intacte, les phénomènes de cicatrisation rendent les résultats ininterprétables et il faudra rebiopsier. Les anesthésiques de contact (avec film alimentaire) et la lidocaïne injectable sont autorisés.

Les échantillons doivent être placés dans un cryotube, puis congelés dans l'azote liquide (**surtout ne pas poser** le prélèvement sur un support absorbant et **ne jamais fixer** dans Bouin ou formol). Le prélèvement après congélation dans l'azote liquide peut être conservé dans le cryotube dans un congélateur à -80°C jusqu'à l'envoi.

## ENVOI DES PRELEVEMENTS CUTANES

1- Faire l'envoi en **DEBUT DE SEMAINE (lundi ou mardi)** et **INDIQUER LE SITE DE BIOPSIE**.

2- Envoyer **dans de la carboglace (-80°C)** par coursier (DHL, FedEx, Chronopost...)

Si l'envoi dans la carboglace n'est pas possible, merci de contacter le Dr Chiaverini par email ([chiaverini.c@chu-nice.fr](mailto:chiaverini.c@chu-nice.fr)) ou téléphone (04.92.03.92.11).

## 3- ADRESSE DE LIVRAISON

**Dr Bruno FRANCOU**  
Service de Génétique Médicale  
Unité de Génétique Moléculaire  
Pôle Biologie-Pathologie  
Téléphone 04 92 03 64 60 / Fax 04 92 03 64 65  
Hôpital de l'Archet 2 (niveau -3)  
151 route de Saint Antoine de Ginestiere  
CS 23079 - 06202 NICE CEDEX 3

4- **PREVENIR DE L'ENVOI par email :** [francou.b@chu-nice.fr](mailto:francou.b@chu-nice.fr); [heim.m@chu-nice.fr](mailto:heim.m@chu-nice.fr) et [chiaverini.c@chu-nice.fr](mailto:chiaverini.c@chu-nice.fr) en indiquant les 3 premières lettres du nom du patient, le nom du médecin responsable et un mail ou téléphone pour contact en cas de problème.

5- Communiquer par fax, téléphone, ou e-mail le n° de bordereau de l'envoi pour que nous puissions suivre l'acheminement du colis.

## CONTACTS UTILES

### Coursiers France :

DHL (0 825 100 080)

Chronopost (09 69 391 391)

Ciblex (08 99 02 87 87)

Areatime Logistics (01.34.02.46.56)

## RECOMMANDATION

**PREVENIR EN CAS D'HEPATITE B OU C OU D'INFECTION A VIH CONNUES.**

**Merci de suivre ces instructions : en dehors de ces conditions, l'utilisation des échantillons sera compromise.**

## DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- **FORMULAIRE DE PRESCRIPTION :** Explorations moléculaires et/ou prélèvements cutanés pour Immunodiagnostic des Epidermyolyses Bulleuses Héritées
- **COMPTE-RENDUS CLINIQUE** de consultation ou d'hospitalisation (les demandes de panel ne seront pas réalisées en l'absence de ces documents)
- **PHOTOS DES LESIONS** accompagnées du consentement à la captation et l'utilisation de l'image.