

# Printemps médical de Bourgogne 2012

## Les examens biologiques inutiles



Laboratoire de Biologie Médicale BRUANT

31 mars 2012 – Jean-François MEVEL et Raymond TRUCHOT



# Exit l'amylase

- 2001 : Conférence française de consensus sur la pancréatite aiguë (PA)
  - Douleurs abdominales + lipase  $\geq 3N$  => suspicion de PA
  - Association amylase-lipase : aucune valeur ajoutée par rapport à la lipase seule
  - Valeur diagnostique des enzymes fonction du délai entre début de PA et prélèvement sanguin
  
- Effet de cette conférence : zéro !



# Exit l'amylase

- 2008 : Evaluation du dosage des enzymes pancréatiques par HAS
  - Buts
    - S'assurer que le consensus de 2001 est toujours d'actualité
    - Diffuser l'information aux prescripteurs
  - Méthode
    - Analyse de la littérature 1998-2009. 344 articles : 5 études, 6 recommandations, 2 conférences de consensus
    - Consultation des professionnels de santé : groupe de lecture (3 biol, 9 HGE, 3 MG, 2 urgentistes)



# Exit l'amylase

- 2008 : Evaluation du dosage des enzymes pancréatiques par HAS
  - Résultats : Accord total du groupe de lecture

## Conférences de consensus et recommandations internationales

- Efficacité diagnostique pour PA : lipase > amylase
- Diagnostic PA : tableau clinique évocateur + lipase > 3N
- Si lipase < 3N, tenir compte du délai entre début des signes cliniques et prélèvement sanguin

## Analyse des articles

- Sensibilité/spécificité : lipase > amylase
- Amylase + lipase vs lipase seule : aucun bénéfice supplémentaire
- Lipase : seuil optimal standard difficile à définir
- Diagnostic de PA à réaliser dans les 48 heures après le début des signes cliniques



# Exit l'amylase

- 2008 : Evaluation du dosage des enzymes pancréatiques par HAS
  - Proposition du groupe de lecture
    - Suppression du remboursement de l'amylase dans les situations cliniques de suspicion de PA
    - Conditionnement du remboursement de l'amylase à la prescription motivée d'une recherche de pathologie des glandes salivaires
    - Implication des biologistes en leur demandant de ne pas doser l'amylase en cas de prescription conjointe amylase-lipase
  - Conclusion

***Pour le diagnostic biologique de la PA, ne plus doser l'amylase, mais doser seulement la lipase***



# Exit (presque) la troponine



# Exit (presque) la troponine

- Exceptions
  - Consultation d'un patient asymptomatique avec :
    - Douleurs thoraciques plus de 72 heures auparavant
    - Suspicion de SCA sans complications
    - ECG non contributif
  - CAT :
    - Soit hospitalisation du patient
    - Soit poursuite de l'exploration en ambulatoire : peut inclure le dosage de la troponine si réalisation dans un laboratoire de proximité
- Rappel
  - Myoglobine inutile en ambulatoire
  - ASAT, LDH, CK, CKMB : poubelle !



# Exit (presque) le BNP

Problème	Utilisation	Commentaire
Diagnostic ICC	Possible	Si symptomatologie atypique. Utiliser valeurs d'exclusion : 100 ng/L BNP 300 ng/L NT pro BNP
Stratification du risque et pronostic dans l'ICC	Non indiquée	-
Dépistage IC latente (dysfonction ventriculaire gauche)	Non indiquée	-
Suivi et adaptation thérapeutique dans l'ICC	Variable	<ul style="list-style-type: none"><li>• ICC chronique stable sous traitement optimal : dosages répétés non indiqués</li><li>• Suspicion clinique de décompensation de l'ICC : dosage possible (significativité si <math>\nearrow</math> 50%)</li><li>• Tableau clinique typique de décompensation : consultation cardio ou hospi dès que possible, pas de dosage préalable</li></ul>
Stratification du risque et pronostic dans la maladie coronarienne chronique	Non indiquée	-

Source : HAS, novembre 2010





# Exit (presque) le BNP

- Etude HAS de novembre 2010
  - Comparaison entre BNP et NT pro BNP
    - Performances diagnostiques et pronostiques de BNP et NT pro BNP dans l'IC
      - » Equivalente
    - Performances comparées dans suivi et adaptation thérapeutique de l'IC et dans le dépistage de l'IC latente
      - » Pas d'informations
    - Existence de différences biologiques et analytiques entre le BNP et le NT pro BNP
      - » Influence sur le résultat des dosages
      - » Suivi d'un patient donné avec le même peptide natriurétique dans le même laboratoire avec le même analyseur , dans les plus brefs délais après le prélèvement



# Exit (plus ou moins) les sérologies infectieuses

- Coqueluche (JO du 15/02/2011)
  - Sérologie non remboursable, quelle que soit la méthode utilisée
  - Recherche par PCR de *Bordetella pertussis* par aspiration des sécrétions nasopharyngées ou sur écouvillonnage nasopharyngé, prise en charge par l'Assurance Maladie si :
    - Le sujet tousse depuis moins de 3 semaines
    - S'il est vacciné depuis plus de 3 ans ou si son statut vaccinal est inconnu

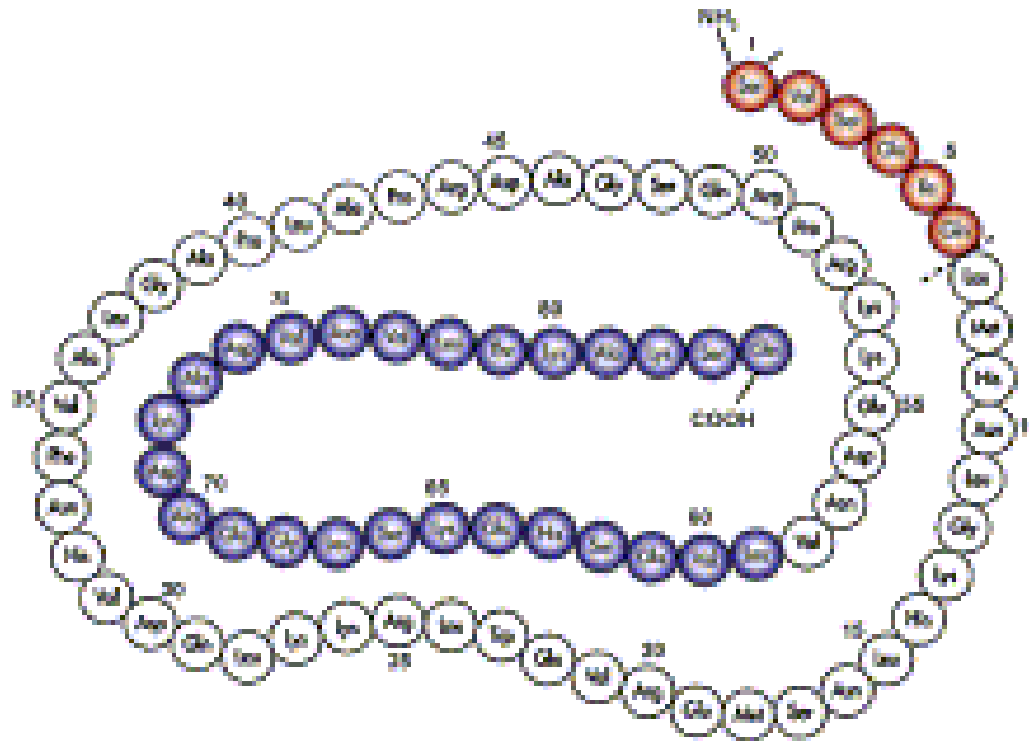


# Exit (plus ou moins) les sérologies infectieuses

- Legionelles
  - En cas de suspicion de légionellose, il est recommandé de :
    - Prescrire l'antigène spécifique urinaire
    - Mais attention ! Ne détecte que les LP1 or existence de 14 sérotypes de LP. LP1 retrouvé dans 90 % des légionelloses cliniques.
    - Si antigène spécifique urinaire positif, impérativement prélever expectoration pour culture et identification de la Legionelle
- Clostridium difficile
  - Recommandations :
    - Recherche des toxines A et B dans les selles
    - Si résultat positif, culture et identification par un laboratoire de référence



# Actualités sur la PTH



# Actualités sur la PTH

- Principale hormone de l'homéostasie phosphocalcique
- PTH intacte biologiquement active : 84 AA (PTH 1-84)
- Sécrétion simultanée de 7-84 et de fragments inactifs
- Forme immunoréactive circulante de PTH : 10 % PTH 1-84 et 90 % PTH fragments non 1-84
- IRC : fragments non 1-84 : 99 %



# Actualités sur la PTH

- Actions

- Rein

- ↗ réabsorption tubulaire distale de Ca => hypercalcémie
    - ↘ réabsorption tubulaire proximale de P => hypophosphatémie hyperphosphaturie
    - ↗ activité enzymatique de la 1  $\alpha$  hydroxylase, qui transforme 25 OH D en 1,25 OH(2)D  
=> ↗ absorption intestinale de Ca et P

- Os

- Stimule le remodelage osseux :
      - Ostéoblastes
      - Ostéoclastes



# Actualités sur la PTH

- Régulation
  - PTH stimulée par hypocalcémie, hyperphosphatémie
  - PTH inhibée par hypercalcémie, hypophosphatémie et  $\nearrow$  de 1,25 OHD
- Indications du dosage
  - Essentiellement les anomalies de la calcémie, de préférence évaluée par le calcium ionisé (VR : 1,13 - 1,32 mmol/L) ou à défaut par la calcémie corrigée :  
Calcium total + 40 – albumine en g/L, VR : 87-104 mg/L
  - Le calcium ionisé hélas non encore inscrit à la NABM
  - Proposition d'algorithme : Ca ++



# Actualités sur la PTH

Ca ++ élevé > 1,32 mmol/L

## PTH élevée ou normale haute

- Hyperparathyroïdie primitive
- Traitement au lithium
- Hypercalcémie, hypocalciurie familiale bénigne

## PTH basse

- Présence de PTH rp : hypercalcémie tumorale maligne
- Granulomatose
- Hyperthyroïdie
- Métastase osseuse
- Apport exagéré en Ca
- Immobilisation prolongée
- Intoxication aux vitamines D ou A





# Actualités sur la PTH

Ca ++ bas < 1,13 mmol/L

## PTH basse

- Hypoparathyroïdie primitive
- Idiopathique
- Auto-immune
- Postchirurgical (thyroïde)
- Hémochromatose
- Infections systémiques

## PTH élevée

- Carence en vitamine D
- Insuffisance rénale
- Apport insuffisant en Ca
- Malabsorption digestive
- Pseudo hypoparathyroïdie (résistance tubulaire à la PTH)



Merci de votre attention !

