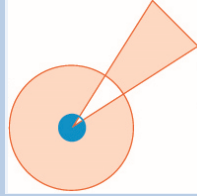


Laboratoire
VIOLLET-BELMONT

INFO LABO n°5 – Mars 2016



Lettre d'informations :

- Prises de sang et jeûne
- D-dimères et maladie thromboembolique
- Actualisation des prescriptions

Actualisation des prescriptions

Afin de prendre en compte les recommandations des sociétés savantes et sauf avis contraire de votre part :

- Le dosage de **fer seul** sera remplacé par une **ferritinémie**.
- Le dosage d'**amylase** sera remplacé par une **lipasémie** (hors problème salivaire).
- Le dosage des **IgA totales** sera systématiquement réalisé pour toute demande d'**IgA anti-transglutaminase**.
- *A noter : les **Ac anti-gliadine** et **anti-réticuline** n'ont plus leur place dans le diagnostic de la maladie cœliaque et sont hors nomenclature.*
- Le dosage de **thyroglobuline** sera systématiquement associé à une recherche d'**anticorps anti-thyroglobuline**.

Pourquoi faire les prises de sang le matin à jeun ?



La plupart des prises de sang sont à effectuer **à jeun et de préférence le matin** pour plusieurs raisons :

- risque d'interférence des lipides sur le rendu des analyses (pour les techniques colorimétriques par exemple)
- cycle nyctéméral de certains analytes (ex : cortisol mais aussi TSH, fer...)

Cependant, les **prélèvements urgents** peuvent être réalisés l'après-midi.

Merci de le préciser spécifiquement sur l'ordonnance.

D-dimères et maladie veineuse thromboembolique

Physiopathologie :

Les D-dimères sont des produits de dégradation de la fibrine, marqueurs d'une activation du système de la coagulation et du système fibrinolytique. Un taux élevé est quasiment toujours retrouvé chez les patients atteints de maladie veineuse thromboembolique.

Causes d'élévation des DDI :

- CIVD
- âge
- grossesse, prééclampsie
- chirurgie récente, plaies, traumatismes
- infection, inflammation
- cancer
- syndrome coronarien, ACFA
- hospitalisation +++

Probabilité clinique :

L'intérêt d'associer au résultat de D-dimères la valeur de la probabilité clinique est indiscutable.

Dans un but d'harmonisation, des scores ont été validés pour évaluer la probabilité clinique : le score de Genève modifié simplifié et le score de Wells sont les plus couramment utilisés (cf tableaux ci-dessous, complétés à titre d'exemples).

Encadré 1 – Score de Wells.			
Probabilité de TVP			
Conditions	Oui	Cotation	Score
Cancer		(+) 1	
Paralysie ou immobilisation plâtrée récente	X	(+) 1	(+) 1
Alitement > 3 j ou chirurgie < 4 sem	X	(+) 1	(+) 1
Douleur palpation trajet des veines profondes		(+)1	
Tuméfaction de la cuisse ou du mollet	X	(+) 1	(+) 1
Tuméfaction du mollet > 3 cm		(+) 1	
Œdème prenant le godet		(+) 1	
Veines superficielles dilatées		(+) 1	
Diagnostic alternatif au moins aussi probable	X	(-) 2	(-) 2
Total			1

Un score de 0 ou inférieur implique **une faible probabilité clinique de T.V.P.**

Un score de 1 ou 2 indique **une probabilité clinique moyenne**

Un score supérieur ou égal à 3 indique **une probabilité clinique forte**

<http://www.sfmu.org/calculateurs/TVP.htm>

Encadré 2 – Score de Genève modifié simplifié. Disponible sur www.revmed.ch			
Facteurs de risque	Oui	Cotation	Score
Age > 65	X	1	1
TVP ou EP antérieure		1	
Chirurgie ou fracture dans le mois		1	
Affection maligne < 1 an	X	1	1
Symptômes			
Douleur unilatérale membre inférieur	X	1	1
Hémoptysie		1	
Signes cliniques			
Douleur palpation veineuse profonde + œdème unilatéral m. inf	X	1	1
Rythme cardiaque	< 75	0	
	75 à 94	1	1
	≥ 95	2	
Total			5

Probabilité clinique

Faible 0 à 1

Intermédiaire 2 à 4

Forte ≥ 5

Klöl FA, et al. Simplification of the revised Geneva score for assessing clinical probability of pulmonary embolism. Arch Intern Med 2008;168:2131.

Pour toutes remarques ou suggestions, vous pouvez nous contacter :

Adresse : 47 A rue Louis Foucré
69 210 L'ARBRESLE

Tél : 04 74 01 47 93
Fax : 04 74 01 09 96