



ANALYSES SANGUINES AYANT PEU D'INTERET EN MEDECINE AMBULATOIRE

Fer sérique :

Le dosage du fer seul n'est ni suffisant ni indiqué pour le diagnostic d'une carence martiale ou d'une surcharge en fer.¹

L'évaluation de la réserve martiale de l'organisme est assurée en général par le dosage de la ferritine, paramètre de 1er choix.

Chlore :

Le chlore est le principal anion du liquide extracellulaire et joue un rôle important dans l'équilibre acido-basique

- évolution parallèle du taux plasmatique avec la natrémie :
donc on se limitera à la détermination de Na seul et non du couple Na-Cl.
- étroitement lié aux variations des bicarbonates :
peu d'intérêt en médecine ambulatoire.

Magnésium:

Le magnésium extracellulaire (sérique) ne représente que 1% du pool magnésien. Le dosage de cette fraction est aléatoire sur le plan clinique.

Cet ion a une localisation essentiellement osseuse (65%),

34% sont sous forme intracellulaire. Cette fraction ne peut être appréciée que par le dosage du magnésium intra-érythrocytaire, technique difficile et peu répandue.

Le dosage de ce paramètre n'est utile qu'en cas d'insuffisance rénale, cirrhose hépatique, malabsorption intestinale, traitement diurétique prolongé à fortes doses.

Gamma GT versus phosphatase alcaline :

Le dépistage des pathologies hépato-biliaires et en particulier de la cholestase est assuré par le dosage de la GGT qui est très sensible et qui peut être considérée comme une enzyme sentinelle des pathologies hépatiques ou biliaires.

L'association de la phosphatase alcaline n'apporte pas de plus-value diagnostique dans ces pathologies.

¹ Voir également notre guideline « Ferritine » publiée sur le site du Conseil scientifique en date du 13 mars 2008

http://www.conseil-scientifique.lu/fileadmin/files/GT_analyses_laboratoires/ferritine_longue.pdf

http://www.conseil-scientifique.lu/fileadmin/files/GT_analyses_laboratoires/ferritine_courte.pdf



ASAT (GOT), ALAT (GPT) :

Pour le **dépistage** spécifique d'une cytolyse hépatique, un seul paramètre (ALAT ou ASAT) est suffisant.

Bilirubine :

Le dosage de la bilirubine totale, directe et indirecte ne devrait se faire qu'en présence d'un ictère cutané-scléreux constaté lors d'un examen clinique. Une augmentation légère de la bilirubinémie est au mieux détectée au niveau des sclères.

Urée :

Le dosage de ce paramètre se prête à l'évaluation de l'état d'hydratation d'une personne et beaucoup moins à l'appréciation de la fonction rénale. Ainsi est-il d'une certaine importance en gériatrie.

L'estimation de la fonction rénale se fait par la détermination de la créatinémie et de la clearance de la créatinine.

Le débit de filtration glomérulaire (clearance) est calculé par la formule MDRD simplifiée sur base de la créatinémie, du sexe, de l'âge et de l'ethnie.

On a donc pour un sujet adulte : $GFR (ml/min) = 175 \times (ser.cr.mg/dl)^{-1.154} \times (age)^{-0.203} \times 0.742$ (si sexe féminin.) $\times 1,212$ (si ethnie africaine)

Il n'y a donc pas lieu de déterminer le taux sanguin de l'urée pour dépister une insuffisance rénale .

Acide urique : Comme le traitement d'une hyperuricémie asymptomatique n'est pas indiqué, le dosage de l'acide urique ne sera pas systématique.

On recommande un dépistage **sélectif** uniquement dans le contexte d'antécédents familiaux et personnels (arthrites, lithiase urinaire, néphropathie, syndrome métabolique, situation d'augmentation du catabolisme, médicaments...)

Amylase sérique : vu la faible spécificité, l'élévation isolée est un critère de diagnostic insuffisant pour confirmer une pancréatite.

Le dosage de la seule lipase permet de détecter une atteinte pancréatique.²

T4 libre, T3 libre : pas d'informations diagnostiques supplémentaires en cas de TSH normale.

Intérêt du dosage uniquement en cas de dysthyroïdie confirmée par une valeur anormale de la TSH.

² Voir également nos guidelines « Lipase » et « Amylase » (textes courts et longs) publiées sur le site du Conseil scientifique.

http://www.conseil-scientifique.lu/fileadmin/files/GT_analyses_laboratoires/lipase_long.pdf

http://www.conseil-scientifique.lu/fileadmin/files/GT_analyses_laboratoires/amylase_long.pdf



Périodicité de certains paramètres biologiques :

Bilan lipidique. Avant la détermination des différents paramètres il convient de s'assurer que le patient est compliant et surtout disposé à accepter des mesures diététiques.

En l'absence de coopération du patient toute répétition du bilan lipidique est inutile.

Option à prendre :

- dépistage **non sélectif** p.ex. tous les 5 ans de 35-75 ans pour les hommes et 45-75 ans pour les femmes, sans antécédents familiaux, sans facteurs de risque. Le bilan se limitera à la détermination seule du cholestérol total. Pour des valeurs < 160 mg une détermination périodique est inutile.
- dépistage **sélectif** s'adresse à des patients aux antécédents familiaux ou souffrant d'une artérite coronaire ou périphérique, d'un diabète, d'une HTA, d'une obésité, d'une insuffisance rénale et présentant un tabagisme actif. Le bilan comprendra le cholestérol total, le ch-LDL, le ch-HDL et les triglycérides.

Lp(a) La présence d'un taux élevé (> 0,30 g/l) est corrélé à une athérogénicité particulière, indépendante des autres facteurs de risque. Le taux est déterminé génétiquement et est stable de sorte qu'un **dosage unique** est suffisant.

Groupe de travail

Dr Ernest Wilwert : chargé de la rédaction

Dr Jean-Luc Dourson (expert externe)

Dr Siggy Rausch

Dr Bernard Weber (expert externe)