

DESCRIPTION DE QUELQUES PARAMÈTRES BIOLOGIQUES au 25 11 2004

TROPONINE Ic	Normes (selon automates)
<p>C'est un témoin biologique idéal de l'infarctus du myocarde (IDM) : il peut se détecter précocement (en 2 à 4 heures) et reste élevé 5 à 9 jours après le début des lésions myocardiques. Il est spécifique du muscle cardiaque (même en cas de lésions musculaire ou rénales associées) et peut être proposé comme un marqueur de la stratification du risque.</p>	<p>< 0,35 ng/ml</p>
<p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostic précoce de l'IDM • angor instable et micro-infarctus • infarctus péri-opératoire après chirurgie, vasculaire ou non • suivis de reperfusion 	
CPK (créatine phosphokinase)	Normes (selon automates)
<p>Les CPK sont des enzymes cellulaires qui participent au transfert d'énergie dans la cellule. Ce sont des dimères dont il existe trois types : MM, MB, BB, appelés isoenzymes.</p> <p>Lors d'un IDM, l'activité sérique des CPK totales commence à augmenter entre la 4^e et la 8^e heure, atteint son pic vers la 24^e heure et reste élevée pendant 1 à 3 jours, avec un retour à la normale vers le 3^e jour.</p>	<p>Le seuil diagnostique est de 6 à 12 U/l ou de 5 à 10 % de l'activité des CPK totales pour le dosage par immunoinhibition et de 5-8 ng/ml pour le dosage pondéral.</p>
CPK-MB	
<p>L'isozyme MB représente 10 à 40 % des CPK présentes dans le myocarde. Au cours de l'infarctus du myocarde, le taux de CPK-MB augmente dans le sang et s'élève 2 à 6 heures après le début de la douleur, est maximum environ 20 heures plus tard et revient à la normale en 48 à 72 heures. Le suivi de ce taux est un excellent marqueur pour apprécier l'évolution de l'infarctus et l'efficacité des traitements.</p>	
MYOGLOBINE	Normes (selon automates)
<p>La myoglobine est une protéine de faible poids moléculaire issue de l'hème des cellules musculaires. Elle constitue un marqueur de nécrose cellulaire irréversible dont le taux sérique augmente précocement après le début de l'infarctus (dans les 3 à 6 heures qui suivent le début d'un IDM) et le pic d'activité est atteint en 6 à 8 heures.</p> <p>Son intérêt se situe aussi dans le suivi de l'évolution de l'IDM pour apprécier l'ampleur de la nécrose myocardique ou pour percevoir l'apparition éventuelle d'une nouvelle extension de l'infarctus. Elle représente un marqueur utile dans le suivi de l'efficacité d'un traitement thrombolytique.</p> <p>NB : sa cardiospécificité est très faible puisqu'elle s'élève en cas de pathologie musculaire et d'insuffisance rénale.</p>	<p>> 70 µg/l</p>
<p>Remarques</p> <p>On a tendance aujourd'hui à privilégier le couple myoglobine - troponine pour le diagnostic de l'infarctus du myocarde. Les CK et CKMB restent encore utilisées à un degré moindre depuis l'avènement des troponines qui présentent une très grande spécificité et une cinétique plus longue (10 à 12 jours) que celle de la CK, avec un intérêt pour un diagnostic pronostic.</p>	

BNP (brain natriuretic peptide)	
<p>Indications de dosage</p> <p>Le dosage du BNP semble être considéré actuellement comme un marqueur utile des fonctions du myocarde. Son dosage permettrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la discrimination entre une insuffisance cardiaque et une maladie pulmonaire, un dépistage précoce de l'insuffisance cardiaque • l'exclusion d'une dysfonction ventriculaire significative • le suivi de l'effet d'un traitement chez les patients avec une décompensation cardiaque. La mesure du BNP entre le 1^e et le 4^e jour après un infarctus apporte des informations quant au pronostic (si BNP > 80 ng/l, grande probabilité de décès ou de développement d'une nouvelle insuffisance cardiaque) • le pronostic de la mort subite de l'insuffisant cardiaque • la détermination de la gravité, de l'hypertrophie. <p>Pour une valeur seuil de 100 pg/ml, le dosage du BNP permet le dépistage de l'ICG avec une sensibilité de 80 à 95 % et une spécificité de 80 à 90 %. La confirmation par échographie cardiaque demeure cependant nécessaire.</p> <p>Toutefois, le BNP n'est pas un marqueur spécifique de l'insuffisance cardiaque gauche car le ventricule droit soumis à une hyperpression (embolie pulmonaire, bronchite chronique) sécrète également ce marqueur. Il peut être également augmenté en cas de valvulopathies, hypertension artérielle pulmonaire primitive, cirrhose hépatique, hyperthyroïdie, maladie de Cushing, insuffisance rénale, hypoxie et tumeurs cérébrales.</p>	

HbA1c ou hémoglobine glycosylée / glyquée	Normes (selon automates)
<p>L'hémoglobine glyquée issue de la réaction entre l'hémoglobine et le glucose se forme et s'accumule dans les hématies pendant 120 jours environ (durée de vie d'une hématie).</p> <p>Le dosage de l'HbA1c peut être considéré comme l'examen fondamental, capital à réaliser dans la surveillance d'un diabétique. Il faut exiger un contrôle trimestriel de son taux chez tout diabétique, insulino-dépendant ou non. Cependant, il ne dispense pas des dosages réguliers de la glycémie pré- et postprandiale. La quantité d'hémoglobine glyquée représente la valeur intégrée de la glycémie des 6 à 8 semaines précédentes.</p> <p>NB : la chromatographie liquide haute performance (HPLC) reste la meilleure technique.</p>	Valeurs normales : 2 à 6 % de l'hémoglobine totale

CDT (carbohydrate-déficient transferrin ; transferrine désialylée)	Normes (selon automates)
<p>La CDT apparaît comme un outil de choix pour le diagnostic précoce des consommateurs à risque (sensibilité > 85 %, spécificité > 90 %), pour le dépistage des alcoolodépendants à GGT normales (25 %) ainsi que pour le suivi du maintien de l'abstinence et le diagnostic des rechutes. Des variants génétiques de la transferrine peuvent entraîner des faux positifs (< 1 % en France).</p>	<p>femme < 26 UI/l homme < 20 UI/l</p>