



BIOLOGISTES :

Jean-Jacques ARES
Alain BELAYGUE
Martine BLANCHARD
Sophie CARRIE
Philippe CASTELNAU

Bénédicte de BADTS
Gilles DESVAUX
Corinne DUBUC
Axel FERAUT

Danielle GALY
Laurent GREZE
Marjolaine HERAUD
Jean-François LARAN

Caroline LASSIS
Jean-François LAVERDURE
Bernard NESPOULOUS
Stéphane PECOU

Bernard RIVENC
Zoubida SEPART
Pascale SCHIAVON
Sandra SNOECK

Analyses urgentes Délai de rendu de résultats

Conformément à l'article 1^{er} de l'arrêté du 15 décembre 2016, nous vous transmettons la liste des examens reconnus urgents par le laboratoire et le délai de rendu de résultat.

Nous attirons votre attention sur le fait que doivent apparaître sur la prescription:

- la mention « **urgent** »
- « **les éléments cliniques pertinents (...)** qui motivent cette urgence » (extrait de l'article 2)
- **le moyen de transmission** par lequel vous souhaitez être informé du résultat (extrait de l'article 3)

Analyses	Délai de rendu de résultat pour un échantillon parvenu sur le site de prise en charge technique (plus 4 heures pour sites périphériques)	Remarques
Troponine	90 minutes	
D-Dimères	90 minutes	
TP, TCA, fibrinogène	90 minutes	
Ionogramme	90 minutes	
CRP	120 minutes	
Autres paramètres de chimie	120 minutes	
NFS, plaquettes	45 minutes	Délai supplémentaire si contrôle nécessaire de la formule au microscope
β hCG	120 minutes	
Culot urinaire	120 minutes	
Ag urinaires <i>L. pneumophila</i>	60 minutes	
Gazométrie	30 minutes	Prélèvement réalisé exclusivement sur le site du Pont de Chaume (Montauban)
Examen cyto-chimique du LCR	120 minutes	
Diagnostic de paludisme	120 minutes	Si parasitémie, délai supplémentaire
RAI	120 minutes	Uniquement dans le cas d'une transmission urgente des résultats à l'EFS

Syndromes coronariens aigus, infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde aigu est défini par la présence de 2 des 3 éléments suivants :

- Douleur thoracique permanente depuis plus de 20 minutes
- Altération de l'ECG (élévation du segment ST)
- Marqueurs cardiaques élevés

« La suspicion d'un syndrome coronarien aigu (SCA) est une urgence vitale qui nécessite la prise en charge sans délai par le SAMU, sans examen clinique ou biologique préalable » HAS Juillet 2011

Le dosage des marqueurs de nécrose myocardique n'est donc pas indiqué dans la prise en charge de la suspicion de syndrome coronarien aigu ou d'un infarctus du myocarde en médecine ambulatoire.

Deux exceptions :

- patient asymptomatique consultant pour une douleur thoracique survenue plus de 72 heures auparavant, qu'on suspecte avoir été un SCA sans complication et lorsque l'ECG réalisé n'est pas contributif.

- patient symptomatique présentant un ECG normal lors de thrombus partiellement occlusif. En cas de cinétique d'évolution positive (élévation >30% des taux de troponine à 3 heures d'intervalle) il doit bénéficier d'une prise en charge médicale urgente

Dans ce cas, le bilan réalisé peut inclure le **dosage sanguin d'une troponine**. Le dosage des autres marqueurs de nécrose myocardique (ASAT, LDH, CPK totale, CK-MB, myoglobine) n'est pas indiqué en raison de leurs moins bonnes spécificités.

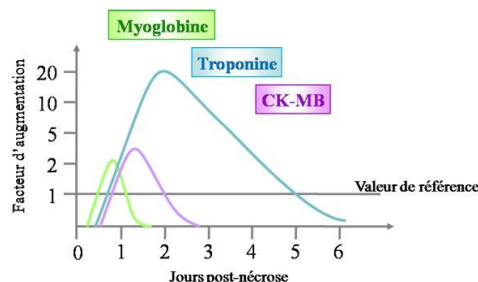
Remarques :

- le dosage de la **myoglobine** n'est remboursable que lorsqu'elle est réalisée en milieu hospitalier et en filière d'urgence dans les six heures qui suivent le début des symptômes de la maladie coronarienne (extrait de la nomenclature).
- le dosage des **CPK totales** n'est pas cumulable avec celui de la troponine, ni avec celui de la CK MB. Cet acte n'est pas indiqué dans la maladie coronarienne en médecine ambulatoire (à l'exception du suivi des patients traités par statines) et n'est pas remboursable dans cette indication.
- le dosage de la **CK-MB** (isoforme de la créatine kinase le plus spécifique du cœur) n'étant pas indiqué dans le diagnostic de la maladie coronarienne aiguë en ambulatoire, n'est pas remboursé par la SS dans ce contexte.

La Troponine Ic = marqueur de prédilection de souffrance myocardique

Isoforme spécifique du myocarde dont le dosage :

- sert de base pour évaluer la cinétique d'évolution
- confirme à posteriori le diagnostic d'IDM et participe à l'évaluation pronostique
- participe à la stratification du risque (mortalité, IDM) chez les patients présentant un SCA sans décalage du segment ST
- permet l'évaluation des patients souffrant d'angor instable



Après IDM, **augmentation dès la 4 - 6^{ème} heure**, pic vers la 12^{ème} heure, et retour à la normale entre 9 et 14^{ème} jour.

Cinétique d'évolution : **une élévation >30% des taux de troponine à 3 heures d'intervalle est significative**

Sa normalisation sera plus ou moins longue selon l'étendue de la nécrose, plus lente en l'absence de reperfusion. Son pic sera plus important en cas de thrombolyse.

Attention : une Troponine Ic élevée n'est pas systématiquement synonyme de SCA. Elle s'élève lors de toute souffrance myocardique :

- sans contexte ischémique : IC, hypertrophie ventriculaire gauche, myocardite, cardiotoxicité médicamenteuse, contusion cardiaque traumatique, stress intense (myocardiopathie de stress),
- lors de déséquilibre entre les apports et les besoins en oxygène au niveau du myocarde : tachycardie, anémie, fièvre & sepsis, pneumopathie, en général sur fond de cardiopathie silencieuse ou méconnue
- embolie pulmonaire...

Cas des diabétiques : chez les patients diabétiques, le syndrome coronarien aigu peut être asymptomatique (ischémie myocardique silencieuse) en raison de la neuropathie diabétique qui masque la symptomatologie douloureuse.

Références : Arrêté du 15 décembre 2016 déterminant la liste des examens réputés urgents ainsi que les conditions de réalisation et de rendu des résultats de ces examens NOR : AFSP1637323A
Les marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire (HAS 2010)
Syndromes coronariens aigus, infarctus du myocarde : modalités de prise en charge (HAS 2007)

Ref : MU-ENR-QUA-079-02 Version : 02