

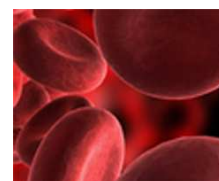
SOMMAIRE

- AVK : prise en charge des surdosages
- Diabète gestationnel : dernières recommandations

Durant cette période de bouleversements importants dans l'organisation des laboratoires d'analyses médicales, et conscients des besoins d'amélioration dans le domaine de la communication auprès de ses prescripteurs, le laboratoire ADEBIO vous propose désormais à intervalle régulier, un bulletin d'information. Celui-ci nous permettra de vous apporter des conseils biologiques adaptés à votre pratique tirés de recommandations nationales, ainsi que des informations sur les nouveautés du laboratoire.

AVK : prise en charge des surdosages

L'INR est aujourd'hui le seul test biologique de surveillance des AVK à utiliser. En effet, moins reproductible d'un laboratoire à l'autre, le TP (taux de prothrombine) ne doit plus être utilisé. C'est pourquoi celui-ci ne figure plus sur les comptes-rendus des sites de Livron et La Voulte depuis le 3 juillet 2012.



Mesures correctrices recommandées en fonction de l'INR mesuré et de l'INR cible

- **Privilégier la prise en charge ambulatoire si le contexte le permet.**
- **Préférer l'hospitalisation** s'il existe un ou plusieurs facteurs de **risque hémorragique** individuel (âge, antécédent hémorragique, comorbidité).
- **L'absence d'hospitalisation impose de bien informer le patient et son entourage :**
 - de l'existence d'un risque hémorragique à court terme ;
 - des signes d'alerte : la constatation d'un saignement, même minime, ou tout symptôme nouveau doit conduire à une consultation médicale dans les plus brefs délais.

INR mesuré	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible ≥ 3 (fenêtre 2,5 – 3,5 ou 3 – 4,5)
INR < 4	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K
$4 \leq \text{INR} < 6$	Saut d'une prise Pas d'apport de vitamine K	Pas d'apport de vitamine K
$6 \leq \text{INR} < 10$	Arrêt du traitement 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)	Un avis spécialisé est recommandé pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	Arrêt du traitement 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte)	Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

Recommandations AFSSAPS-HAS 2009

En savoir plus :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier

- **Appliquer les mesures recommandées ci-dessus, puis contrôler l'INR le lendemain.** Si l'INR reste supratherapeutique, les mesures correctrices restent valables et doivent être reconduites.
- En cas de **surdosage avec hémorragies** potentiellement graves, une prise en charge hospitalière s'impose.

Diabète gestationnel : dernières recommandations (publication décembre 2010)

Les nouvelles recommandations pour la pratique clinique de la Société Francophone du Diabète (SFD) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) pour le diagnostic du diabète gestationnel (DG) ont supprimé le test en 2 temps.



La définition du DG englobe 2 réalités :

- Une anomalie de la tolérance glucidique apparue en cours de grossesse et disparaissant généralement, en post-partum.
- Un diabète de type 2 (DT2) méconnu, préexistant à la grossesse et découvert pendant celle-ci.

Il est recommandé, en présence d'au moins un facteur de risque (âge maternel ≥ 35 ans, IMC ≥ 25 , ATCD de diabète au 1er degré, ATCD personnel de DG ou de macrosomie) de demander :

- une glycémie à jeun au 1er trimestre avec un seuil fixé à 0,92 g/l (5,1 mmol/l), afin de dépister un DT2 :
 - $< 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) : dans ce cas, faire pratiquer une HGPO entre 24 et 28 SA
 - $\geq 0,92$ g/l : diagnostic de DG
 - $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) : diagnostic de DT2 préexistant à la grossesse
- L'HGPO avec 75g de glucose est à réaliser entre 24 et 28 semaines avec **3 dosages** (à jeun, 1h et 2h après l'ingestion du glucose), **dont une seule pathologique permet de retenir le diagnostic de DG** :
 - T 0 $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l)
 - T 1h $\geq 1,80$ g/l (10,0 mmol/l)
 - T 2h $\geq 1,53$ g/l (8,5 mmol/l)

En savoir plus :

<http://www.sfendocrino.org/sous-categorie/6>

Pour le suivi des patientes présentant un DG, l'objectif est :

- à jeun : une glycémie $< 0,95$ g/l et
- à 2 h en post prandial : une glycémie $< 1,20$ g/l

Vous remerciant pour votre confiance, l'ensemble des biologistes médicaux du laboratoire ADEBIO et leurs équipes vous présentent leurs meilleures salutations confraternelles.