

AKL mededelingen 2001 - 7

Diabetes Dienst Helmond (DDH): grenzen hypertensie bij diabetes 160/95 →150/85 mm Hg

Per 1 oktober 2001 zal de risicofactor 'hypertensie', welke wordt gebruikt om het risicoprofiel op CHZ bij diabeten te bepalen, van toepassing worden geacht bij een bloeddruk boven 150/85 mm Hg (dit was 160/95 mm Hg). Dit is conform de aanbevelingen van de NHG-Standaard Diabetes.

Directe Coombs test: semikwantitatieve resultaten

Per 22.08.2001 worden de resultaten van de directe Coombs test gerapporteerd in een van de volgende gradaties: 0, 1+, 2+, 3+ of 4+. Een 1+ resultaat moet gezien worden als zwak positief, 2+ is positief, 3+ is sterk positief en 4+ is zeer sterk positief. Zwakke reacties zullen worden geverifieerd met een andere methodiek. Indien deze negatief is, wordt de opmerking 'De directe Coombs is negatief bij gebruik van een alternatieve methode. Geen klinische relevante antistoffen aanwezig op de erythrocyten.' toegevoegd. De semi-kwantitatieve rapportage is vooral van nut voor het vervolgen van het ziekteverloop bij patiënten met een positieve directe Coombs.

Eiwitspectrum: vereenvoudigen rapportage resultaten

Conform regionale en landelijke werkwijze, zullen per 15.10.2001 de bevindingen van analyse van het eiwitspectrum worden beperkt tot: wel/niet monoclonale band aantoonbaar. Indien in het spectrum een nog niet eerder getypeerde monoclonale band vermoed wordt, volgt automatisch vervolgonderzoek om de betreffende band te typeren. Voor de overige componenten van het eiwitspectrum zijn inmiddels specifieke testen beschikbaar.

Genetisch onderzoek: mogelijkheid bevestiging (tweede meting) bij 'positief'

Over het wel of niet moeten aanbieden van de mogelijkheid van een tweede, onafhankelijke meting voor genetisch onderzoek na een eerste positief resultaat bestaat geen internationale of nationale consensus. Enerzijds is de kwaliteit van het verrichte onderzoek zeer hoog, anderzijds zijn de gevolgen van een onterecht positief resultaat soms dramatisch. Gezien het beperkte aantal gevallen per jaar, is binnen het Algemeen Klinisch Laboratorium gekozen om wel een bevestigingsmogelijkheid te bieden bij een positief resultaat. Hiervoor dient dan een nieuwe aanvraag verricht te worden.

Normoblasten: mutatie naam naar erytroblasten per 22.08.2001

Conform de landelijke aanbevelingen is per 22.08.2001 de naamgeving van normoblasten, zoals vermeld bij de differentiële telling van leukocyten, veranderd in erytroblasten.

Precipitines: productie grondstoffen testen stopt

Voor het aantonen van precipiterende antilichamen wordt gebruik gemaakt van extern gekochte allergenen. Voor een groot aantal allergenen geldt dat de productie door de huidige leverancier gestopt wordt en dat geen andere leverancier beschikbaar is. Derhalve zal dit onderzoek gestopt worden als het betreffende allergeen op is. Dit zal gemeld worden aan de aanvrager.

Privacy: uitslagen doorgeven aan derden

De privacy wetgeving gebiedt dat uitslagen van laboratorium-diagnostiek enkel worden doorgegeven aan de arts, die een directe behandelrelatie heeft met de betrokken patiënt. Bij

verzoeken voor uitslagen van artsen buiten het ziekenhuis (behoudens de huisarts) zal het Algemeen Klinisch Laboratorium derhalve de patiënt vragen om een 'geen bezwaarverklaring'. Een modelverklaring is op te vragen bij de Administratie van het Algemeen Klinisch Laboratorium, tel.nr.: 0492 - 595689).

De betrokken polikliniek of afdeling is, in tegenstelling tot het Algemeen Klinisch Laboratorium, vaak wel op de hoogte van het bestaan van overige behandelrelaties en is mogelijk bereid de uitslagen door te geven.

Reticulocyten: mutatie referentiewaarden per 01.10.2001

De analysemethode voor het bepalen van het aantal reticulocyten in bloed zal met ingang van 01.10.2001 veranderen. De overgang naar een volautomatische methode vereist een aanpassing van de referentiewaarden.

Nieuwe referentiewaarden	(volwassen)	
reticulocyten o/oo:	1 - 25	(was: 4 - 25)
reticulocyten x 10 ⁹ /L:	30 - 90	(was: 20 - 125)

Trombocyten, antistoffen tegen

De analyse van antistoffen tegen trombocyten wordt door het betreffende externe laboratorium enkel in behandeling genomen, indien het aantal trombocyten lager is dan 80 x 10⁹/L. Bij een milde trombopenie zijn namelijk nooit antistoffen tegen trombocyten gevonden.

Troponine I: diagnostische kenmerken

Voor het vaststellen van cardiale spierschade is recent de Troponine I-test geïntroduceerd in het Algemeen Klinisch Laboratorium. In de spiervezels vervult Troponine I een regulatoire rol bij het aansturen van het actine-/myosine-systeem. Het Troponine I uit hartspier is immunologisch afwijkend van Troponine I uit overige spieren. Daarom is cardiaal Troponine I zeer sensitief en specifiek aantoonbaar. De bovengrens van het referentiegebied (97,5 percentiel) is 0,03 µg/l en de 99 percentielgrens is 0,04 µg/l. Bij een cut-off waarde van 0,5 µg/l voor het vaststellen van een acuut myocard infarct (AMI) is de sensitiviteit 96% en de specificiteit 94%. Ook minimale hartschade kan met de Troponine-test goed worden aangetoond. Het tijdstip waarop na een AMI een verhoging van Troponine I kan worden vastgesteld is vergelijkbaar met dat van CK-MB zijnde 3 - 8 uur. De time-to-peak is 24 - 48 uur. Een verhoogd Troponine I is vaak langer dan 6 dagen na AMI nog aantoonbaar.

Urine-onderzoek: algemeen onderzoek versus screening kweek

Binnen het AKL bestaan twee logistieke routes voor urine onderzoek: een 'algemeen onderzoek' en een 'screening kweek'.

Een 'algemeen onderzoek' begint met een 10-parameter urinestripmeting (soortelijk gewicht, pH, leuko, nitriet, eiwit, glucose, ketonen, urobilinogeen, bilirubine en ery's / hemoglobine). Als eiwit ≥ 0,1 g/L en/of ery's ≥ 10*10⁶/L en/of leuko ≥ 25*10⁶/L, dan volgt in het 'algemeen onderzoek' microscopisch sedimentonderzoek. Alle bevindingen worden gerapporteerd.

Een 'screening kweek' dient ter voorkoming van onnodige kweken van urines en begint ook met een 10-parameter urinestripmeting. Als nitriet aantoonbaar en/of leuko ≥ 25*10⁶/L wordt de urine doorgestuurd voor kweek. Als nitriet en leuko negatief zijn, volgt microscopisch sedimentonderzoek. Als ook het sediment geen bijzonderheden vertoont, wordt het monster niet ingestuurd voor kweek en wordt 'screening negatief' gerapporteerd.

Urine-onderzoek: extra parameters bij screening BJ eiwit

Bij onderzoek op Bence Jones eiwit in de urine wordt de proteïnurie nader in kaart gebracht. Behalve het typeren van het eventuele immuunglobuline (IgG / IgA en lambda / kappa) of de eventuele vrije lichte ketens (lambda / kappa) wordt ook gekeken naar:

- totaal eiwit;

- micro-albumine;
- selectiviteit glomerulaire proteïnurie: via electroforese wordt vastgesteld of de glomerulus selectief kleine eiwitten doorlaat of niet-selectief ook grote eiwitten doorlaat;
- tubulaire proteïnurie: via onderzoek op de aanwezigheid van microproteïnen. Deze worden normaliter tubulair teruggeresorbeerd. De aanwezigheid van microproteïnen duidt op het overbelasten of het uitvallen van de tubulaire terugresorptie