

Arvoisa asiakas,

Tekopaikkamuutos

Kopeptiini

P -Kopept **ATK 9418**

S -Kopept **ATK 9419**

Kopeptiinitutkimus kotiutetaan alihankinnasta analysoitavaksi Yhtyneet Medix Laboratoriot Oy:ssä. Alihankkijamme on ottanut käyttöönsä automatisoidun menetelmän (TRACE) manuaalisen luminoimmunologisen menetelmän (LIA) tilalle. Siirrymme käyttämään tätä samaa menetelmää. Tulostaso pysyy ennallaan.

Indikaatit Hypo- ja hypernatremian syyn selvittely. Polyurian (runsasvirtsaus) syyn selvittely. SIADH:n (Syndrome of Inappropriate secretion of ADH), täydellisen tai osittaisen ADH-puutoksen, renaalisen diabetes insipiduksen, ja polydipsian (liiallinen nesteen nauttiminen) diagnosointi.

Potilaan esivalmistelu

Ennen näytteenottoa tulee välttää runsasta nesteiden nauttimista, kahvin ja teen vähäisintäkin nauttimista sekä nikotiinia (10 - 12 h). Polikliinisesti näyte otetaan ilman erityistoimia. Näytteenottoa mahdollisesti edeltävä nesterajoitus ja/tai keittosuolainfuusio tapahtuvat hoidosta vastaavan tahon ohjeistamina.

Näyte 1 (minimi 0.5) ml plasmaa (EDTA, hepariini) tai seerumia eroteltuna soluista. Ei kokoverta.

Säilytys ja lähetys

Säilytys 2-3 vrk jääkaapissa. Lähetys huoneenlämmössä, mikäli näyte on perillä vuorokauden kuluessa näytteenotosta, muuten kylmälähetys. Pidempiaikainen säilytys ja lähetys pakastettuna.

Menetelmä TRACE™ (Time-Resolved Amplified Cryptate Emission)

Tekotiheys 1 x vko

Vastausaika 5
(arkipäivää)

Viitearvot **P/S -Kopept**
0.8 - 14 pmol/l
1.5 - 28 pmol/l

S -Osmol
270 - 285 mosm/kg H₂O
286 - 300 mosm/kg H₂O

Tulkinta Kopeptiini on osa ADH:n esimuotoa ja kopeptiiniä eritetään ekvimolaarisesti ADH:n kanssa. Koska ADH:n määräytyminen on hankalaa ja epäluotettavaa, on kopeptiinin määräytyminen korvannut ADH:n mittauksen. ADH:n ja kopeptiinin erityinen veressä alkaa seerumin osmolaliteetin ylittäessä 280 - 282 mosm/kg H₂O. Fysiologisesti plasman/seerumin kopeptiinipitoisuus suurenee seerumin osmolaliteetin kohotessa (esim. kuivuma) ja pienenee seerumin osmolaliteetin pienentyessä (esim. polydipsia). Näin ollen kopeptiinipitoisuus on aina suhteutettava samanaikaisesti määritettyyn seerumin osmolaliteettiin tai natriumpitoisuuteen; yksinään mitattu tulos on arvoton. Hypovolemiassa tai hypotensiossa plasman kopeptiinipitoisuus suurenee, vaikka seerumin osmolaliteetti olisikin normaali tai jopa pienentynyt. SIADH:ssa potilaan kopeptiinipitoisuus on epätarkoituksenmukaisesti suurentunut, mikä voi johtua esim. tietyistä lääkkeistä tai sairaudesta. Renaaliossa diabetes insipiduksessa plasman kopeptiinipitoisuus on selkeästi suurentunut yhdessä seerumin osmolaliteetin kanssa, koska munuaiset ovat resistentit antidiureettisen hormonin vaikutukselle. Tässä tilanteessa virtsan osmolaliteetti on matala (U -Osmol < 300 mosm/kg H₂O), vaikka plasman kopeptiinipitoisuus on suurentunut. Diabeetisissa ketoasidoosissa tai muissa seerumin poikkeavaan osmolaliteettiin johtavissa tiloissa voi esiintyä erittäin korkeita kopeptiiniarvoja. Kopeptiinipitoisuus nousee myös neuroendokriinisen stressireaktion seurauksena akuuteissa vaikeissa sairaustiloissa. Polydipsiassa ja ADH:n täydellisessä tai osittaisessa puutteessa kopeptiinipitoisuus on matala.

Muutokset koskevat niitä tuloksia, joiden vastaamispäivä on 9.2.2015 ja siitä eteenpäin.

Viite Koistinen H. Plasman kopeptiini – klinikon monitoimityökalu? Duodecim 2012;128:1541-9

Tiedustelut:

kemisti Satu Candelin
puh. 050 401 0726
satu.candelin@medix.fi

Hintatiedustelut:

asiakasyhteyspäällikkö Anne Knaapila
puh. 050 409 0864
anne.knaapila@medix.fi