
MARQUEURS CARDIAQUES

- TROPONINE HYPERSENSIBLE

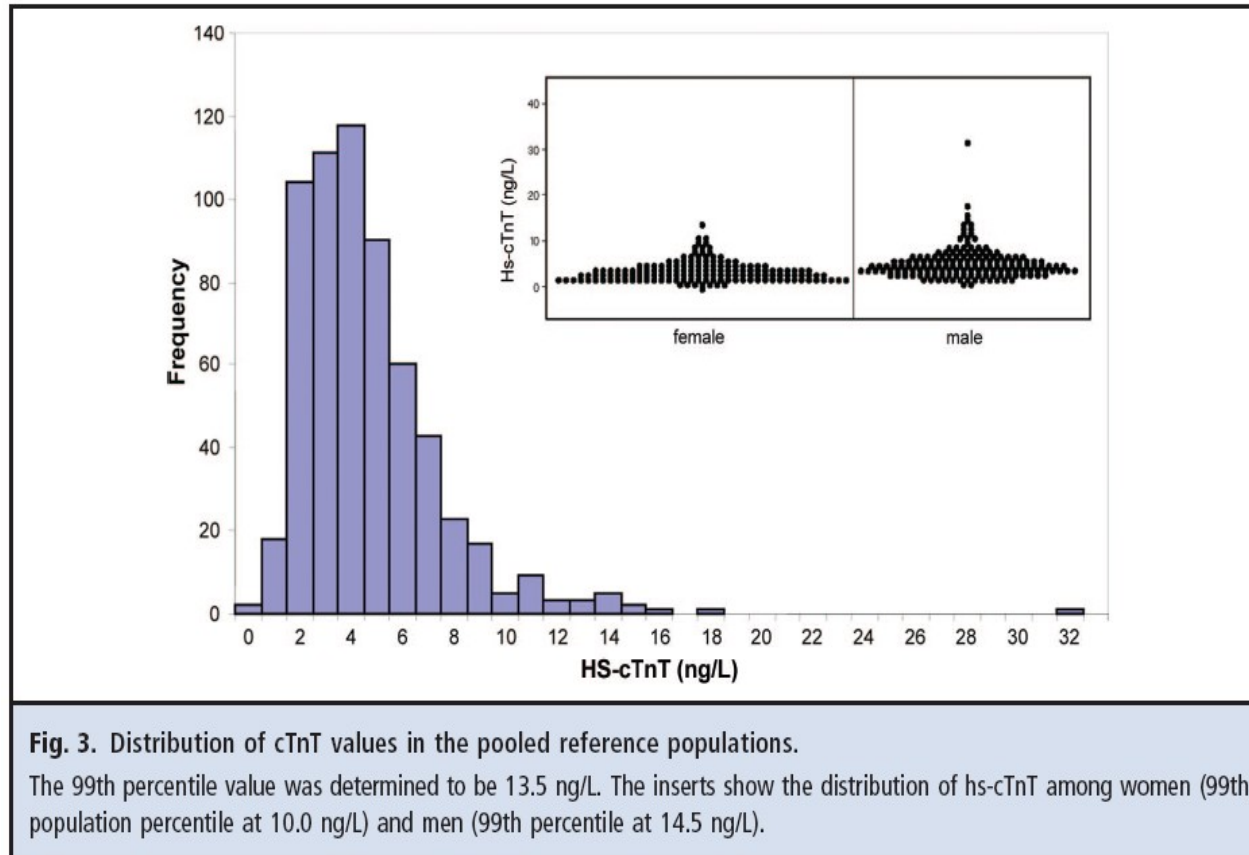
 - PEPTIDES NATRIURETIQUES :
 - BNP
 - NT-PRO BNP
-

TROPONINE

- Exploration maladie coronarienne : ASAT, LDH, CK totale et CKMB ne sont plus indiqués (non spécifiques)
 - Troponine : présente dans les myocytes, libérée précocément lors d'ischémie ou de nécrose myocardique
-

Roche Elecsys® TnT specifications

pg/ml ou ng/L

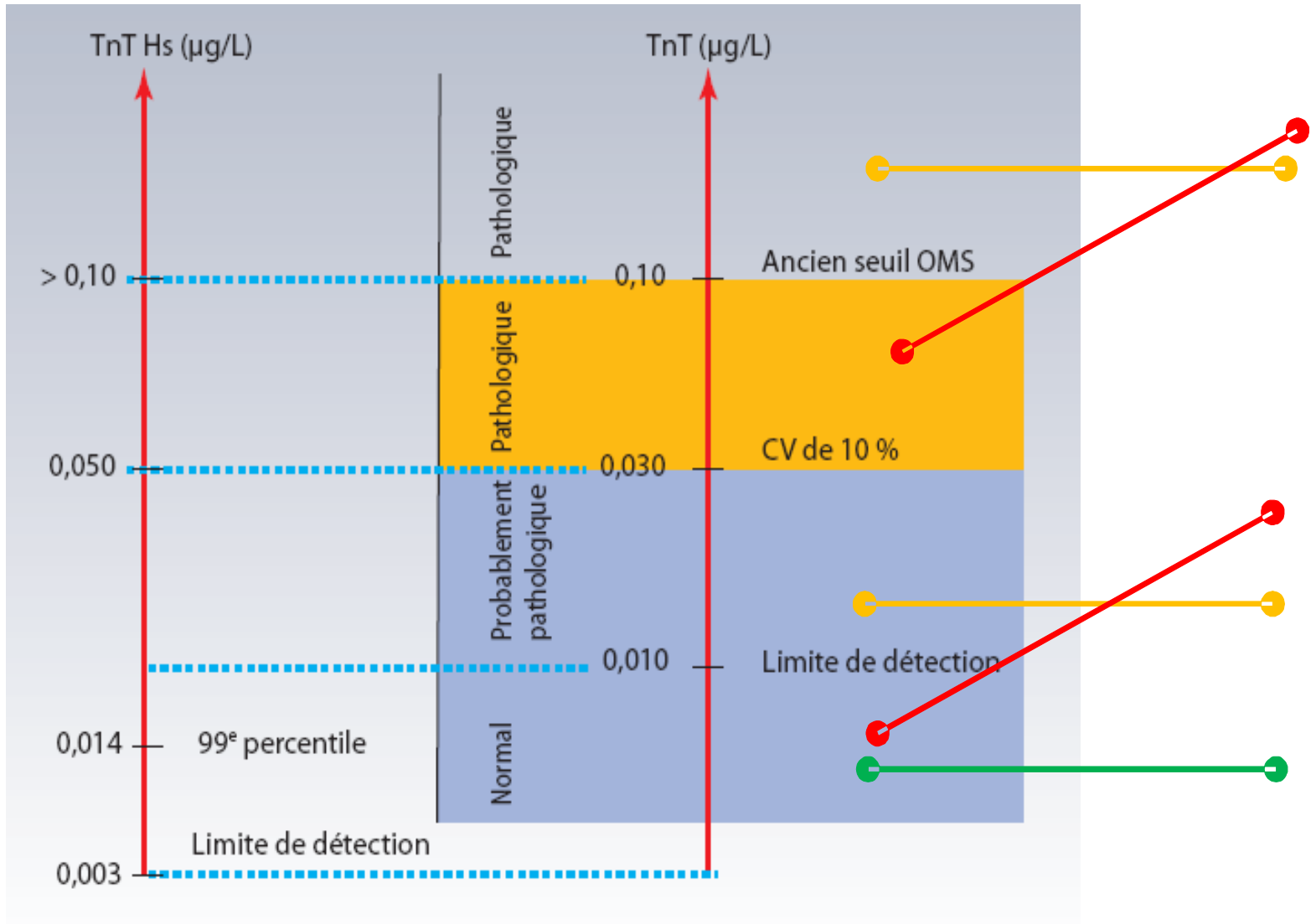


616 apparently healthy volunteers and blood donors between 20 and 71 years old

Roche Elecsys[®] TnT specifications

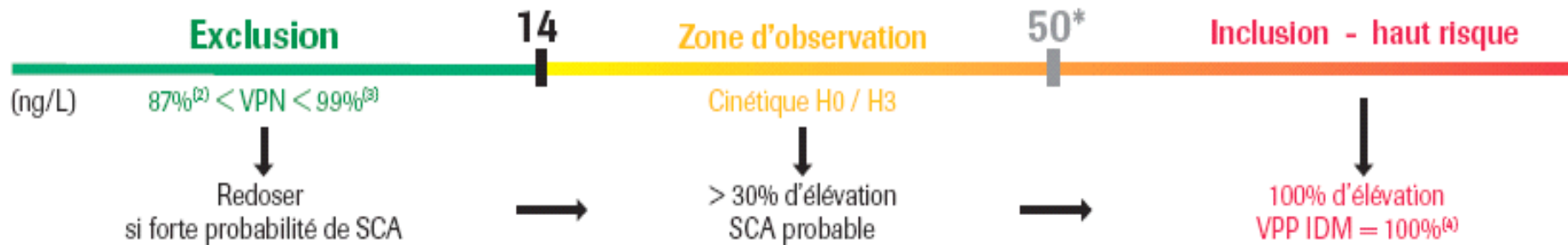
si ng/L : x 1000 pour la Hs

- Pas de Syndromes coronaires
- Atteintes chroniques
- Syndromes coronaires aigus



Troponine T Hypersensible

- Orienter rapidement les patients et améliorer leur prise en charge
- Désengorger les urgences



* À titre indicatif : seuil CV 10% de 0,03 µg/L (30 ng/L) en TnT 4^e gén

Une cinétique évolutive est en faveur d'un SCA
Un doublement entre H0 et H3 permet d'affirmer l'IDM

Troponine hypersensible

Marqueur de lésion myocardique et **non du seul IDM**

Causes d'élévation : IC sévère aiguë ou chronique, crise hypertensive, myocardite, embolie pulm, AVC, maladies systémiques, brûlures graves, sepsis, médicaments, IRA ou IRC...

Troponine Hypersensible

- Nombre de prescriptions : augmentation de patients dans la zone 14-50 pg/ml qui sont re-dosés à H3
 - Mais **exclusion** si <14 pg/ml et probabilité faible de SCA
 - Coût : B65 17.55 euro
-

Troponine hypersensible

- Fréquence recommandée :

En urgence : diagnostic de SCA

Après 3 h : cinétique si suspicion de SCA

Après 24 h : surveillance d'un SCA ou et/ou
d'une IC aigüe

Autres indications futures??

Peptides natriurétiques

- Synthétisés par les myocytes
 - Mise en tension de la paroi ventriculaire augmente synthèse et sécrétion
 - Pré-proBNP → BNP antagoniste du système rénine-angiotensine-aldostérone-vasopressine et NT-proBNP inactif, mais durée de vie plus longue
-

NT PRO BNP

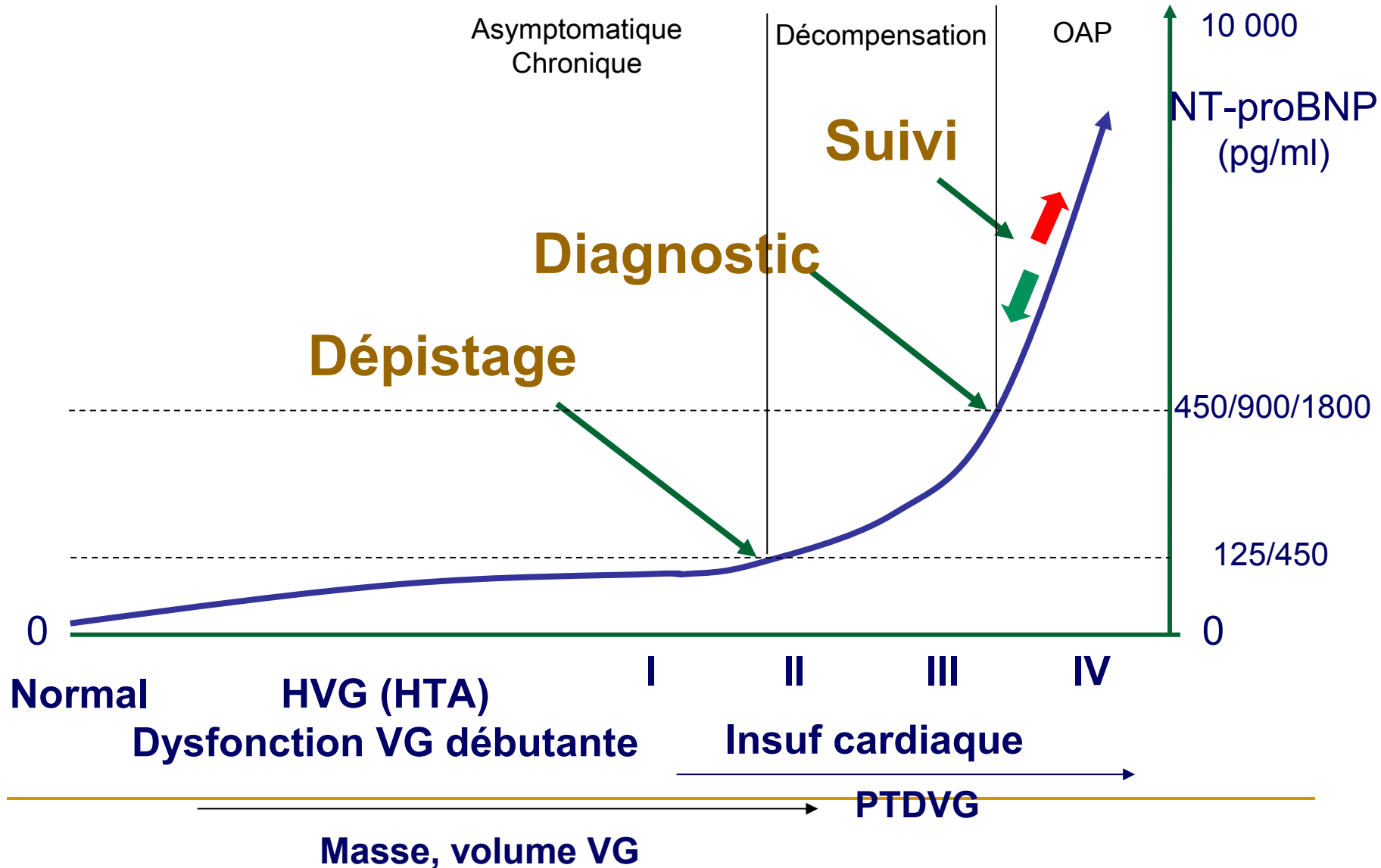
- Valeurs de référence > chez les femmes
> chez patients âgés

Mais seul l'âge fait modifier les seuils d'interprétation

Variations intra-individuelles en fonction des conditions
physiopathologiques

Un IMC >30 kg/m² minore les valeurs de 40%

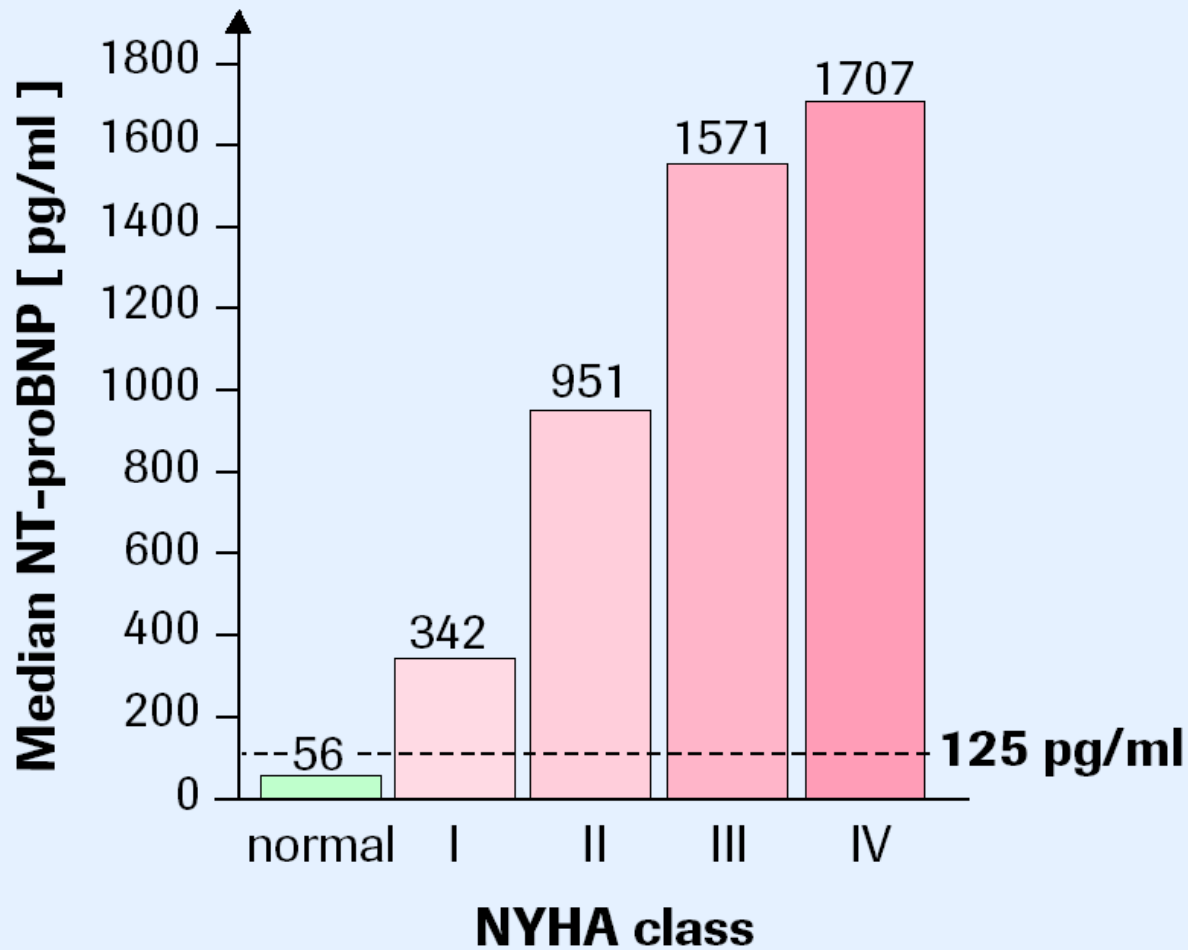
Valeurs de référence (patients IC)



Diagnostic de l'insuffisance cardiaque modérée

(NYHA I et II)

Severity of the disease¹



125 ng/L < 75 ans
450 ng/L > 75 ans

NT proBNP

- Aide au diagnostic d'IC
dyspnée aigüe

Excellente VPN avec
seuils en fonction de
l'âge :

<300 : IC peu probable

AGE	NTproBNp
< 50	<450 ng/l
50-75	<900 ng/l
>75	<1800 ng/l

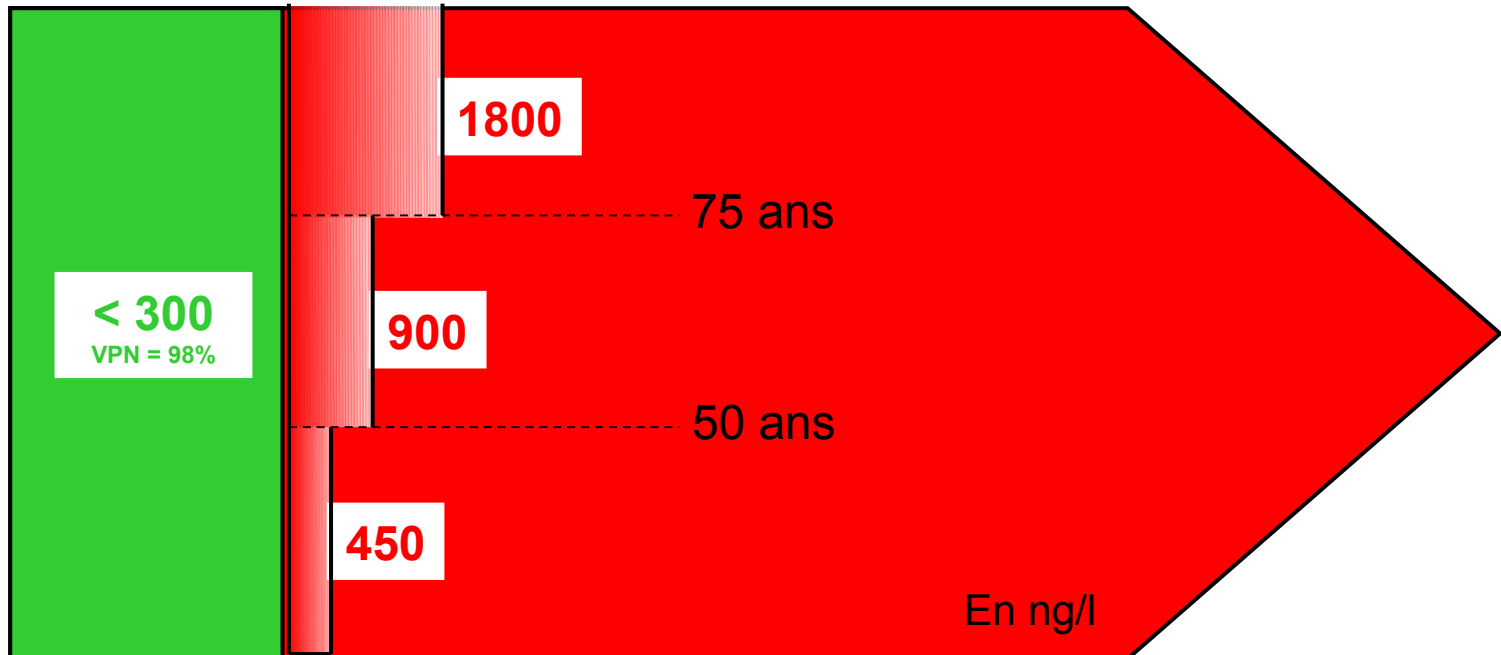
Urgence : origine d'une dyspnée aiguë

Seuils NT proBNP

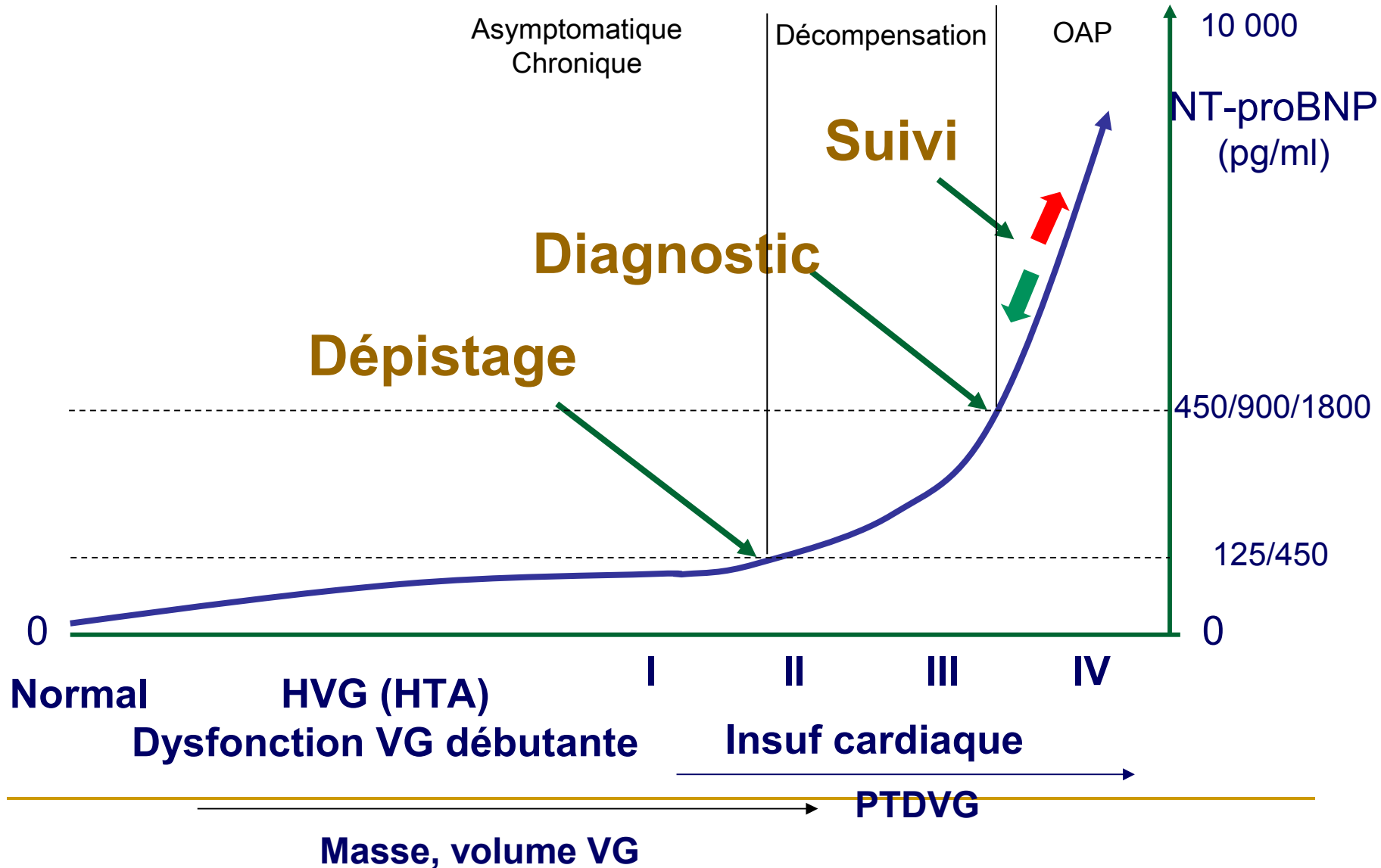
Radio Px – ECG – Clinique

1 seuil
d'exclusion

1 seuil d'inclusion
par tranche d'âge



Valeurs de référence (patients IC)



NT proBNP dans le suivi

- la diminution du NT-proBNP pendant l'hospitalisation pour IC reflète un meilleur pronostic
 - Les taux de NT-proBNP diminuent sous l'action des thérapeutiques
 - Les patient ayant des taux < 1000 ng/L sont à meilleur pronostic dans le suivi à long terme
-

NT proBNP : suivi

Le NT-proBNP

- ⇒ évaluer l'efficacité du traitement
- ⇒ évaluer l'observance
- ⇒ Anticiper des décompensations
- ⇒ Diminuer morbi-mortalité

Le NT-proBNP

- ⇒ cible le plus bas possible, <1000 ng/L. Chaque patient est sa propre référence, avec un dosage tous les 1 à 3 mois (plus ou moins en fonction de la gravité).
- ⇒ Variation significative entre 2 dosages : >30%

NT proBNP

- Délai de fréquence maximum de prescription recommandée :

- ref.: journée cardiologique, 06/10/2008, Toulouse

En urgence	Dyspnée aigüe
24 h	Surveillance SCA ou ICA
5 à 7 j	Vérification efficacité thérapeutique
1 mois	IC stade III ou IV
3 mois	IC stade I
6 mois	IC asymptomatique

NT proBNP

Pour la HAS (novembre 2010)

■ Diagnostic initial d'une ICC

- Non indiqué pour dépistage dans population asymptomatique, à risque ou non
- Non indiqué devant un tableau typique d'ICC dans un but diagnostic =>consult cardiologie
- Non indiqué dans le pronostic d'une ICC, car n'étaye pas une modif de la prise en charge
- Indiqué devant des symptômes atypiques pouvant évoquer un diagnostic d'ICC : si < 300 ng/l : peu probable

■ Suivi du patient ICC

- Non indiqué dans l'adaptation thérapeutique quand un trt optimal a été mis en place
- Devant un tableau de décompensation typique=>consult cardio urgente ou hospi
- Si tableau atypique pouvant suggérer une décompensation d'une ICC le dosage peut aider à orienter le diagnostic et le traitement

Merci de votre attention !
