Date et Type de Réunion : 11 avril 2023

COmité de la Pertinence des Prescriptions des Examens de Biologie (COPPEB)

Rédacteur : P. Pouedras

Présents à la réunion : Agathe Delbove, Jean-Michel Quedillac, Fanny Giroux, Etienne Simon, Baptiste Arnouat, Pascal Pouedras

Thème	Conclusions
NT-proBNP au SAU et autres services cliniques	**Questionnement** : quelles sont les indications du dosage de la NT-proBNP ? Au SAU ? Dans les autres services cliniques ? **Côté Laboratoire** : 9212 dosages (GHBA) en 2022 4795 dosages (SAU) en 2022, soit 52% du total des demandes : → 1121 au SAU du CHP (12%), et 3674 au SAU du CHBA (40%) 316 dosages en Cardiologie (3%) (CHBA) Coût /test : 7.60 € (dosage au CHBA) 9.81 € (dosage au CHP en Biologie délocalisée) Remboursement : B56, soit 15.12 € Commentaire sur le CR de Biologie concernant la NT-proBNP : - Valeur < 125 ng/L permet d'exclure l'IC chronique avec une VPN > 98% - Au cours de la dyspnée aigue, une valeur < 300 ng/L permet d'exclure l'IC avec une VPN de 98% **Indications de la NT-proBNP (selon les Recommandations de la Cardiologie)** : 1- Evaluation diagnostique d'une dyspnée aigüe : → Si le diagnostic d'insuffisance cardiaque est fortement probable (signes cliniques et radiologiques typiques, cardiopathie connue, ATCD de décompensation cardiaque), l'apport diagnostic du NT-proBNP est marginal et son rapport coût/bénéfice paraît peu favorable. → Si le diagnostic est incertain (patient frontière avec une composante respiratoire / infectieuse) le dosage du NT-proBNP apporte un bénéfice sur le tri diagnostic et peut raccourcir la durée d'hospitalisation aux urgences. L'échocardiographie quand elle peut être effectuée donne des renseignements sur les pressions de remplissages VG et la pression artérielle pulmonaire, rendant alors inutile la réalisation du dosage du NT-proBNP. → Si le diagnostic est peu probable (symptomatologie et examen clinique non en faveur ou apportant un autre diagnostic que l'insuffisance cardiaque) le bénéfice diagnostique du dosage du NT-proBNP est faible voire nul. → La norme proposée de 125 ng/L comme seuil diagnostic doit faire l'objet de prudence dans son interprétation en particulier chez les patient âgés (>75 ans), en cas d'insuffisance rénale ou de sepsis concomitant.

2- Evaluation pronostique de l'embolie pulmonaire

Les deux marqueurs biologiques proposés pour l'évaluation pronostic de l'embolie pulmonaire (et en particulier la possibilité d'une prise en charge en ambulatoire) sont la troponine et la NT-proBNP, celle-ci avec un cut off de 500 pg/ml.
Cependant, dans l'évaluation du risque de mortalité précoce, seule l'élévation du dosage de la troponine est proposé et semble donc suffisant pour sursoir à une hospitalisation (en l'absence de signe de gravité clinique et/ou d'imagerie)

3- Suivi d'un patient présentant une cardiopathie connue :

→ L'apport du dosage de référence de la NT-proBNP au décours d'une décompensation cardiaque demeure incertain et discutable en comparaison aux paramètres cliniques usuels (surveillance poids / signes congestifs cliniques et si besoin paramètres échocardiographiques).
→ L'intérêt du dosage de la NT-proBNP pour la surveillance de la réponse aux traitements usuels de l'insuffisance cardiaque au cours d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque parait incertain : là encore, l'évaluation des paramètres cliniques usuels semble suffisante dans la majorité des cas.
→ La surveillance du dosage de la NT- proBNP pour la titration des traitements de l'insuffisance cardiaque en post - hospitalisation peut améliorer la prise en charge et diminuer le risque de réhospitalisation en l'absence de possibilité d'effectuer une échocardiographie.

Discussion / Proposition des indications du dosage de la NT-proBNP au SAU et dans les services cliniques d'aval :

→ L'échocardiographie n'étant pas un examen de routine utilisable au SAU, le dosage de la NT-proBNP reste l'examen de référence dans les 3 indications ci-dessus.

→ Ce dosage réalisé au SAU est utile et bénéfique pour la gestion du patient dans le service d'aval.

→ Son re-dosage dans le service d'aval pendant le séjour n'apporte pas de bénéfice diagnostique. Il peut être prescrit en fin de séjour pour juger de l'efficacité d'un traitement.

→ Bien cibler les demandes selon le contexte clinique, car en effet le couplage Troponine / NT-proBNP ne doit pas être automatique.

Antigène Legionella Urinaire (ALU) au SAU et autres services cliniques

Rappel sur l'existant : La recherche des Antigènes Urinaires Legionella type 1 (ALU) et Pneumocoque (APU) est une prescription simultanée en systématique, quelque soit le service.

Questionnement : quelles sont les indications de la recherche d' ALU ?

Côté Services : quasi « réflexe » des prescripteurs de demander ALU et APU

Côté Laboratoire : 1545 ALU (GHBA) en 2022, 5 positifs → prévalence de 0.32%
433 ALU (SAU) en 2022, soit 28% du total des demandes.
Coût /test : 12 €
Remboursement : B90, soit 24.30 €

→ L'antigénurie Legionella se positive dans les 2 à 3 jours suivant l'apparition des signes cliniques, et reste positive pendant une durée moyenne de 2 mois.

→ Incidence de la Légionellose : < 5% des Pneumopathies Aigues Communautaires (PAC)

→ Spécificité du test proche de 100% (pas de faux positifs)

→ Sensibilité de 75% (fonction de la sévérité de la maladie). Donc potentiellement, 25 % de faux négatifs (début de la maladie, forme très peu sévère, sérogroupe non 1). Si forte suspicion de Légionellose, même avec un ALU négatif, conserver un Antibiotique actif sur Legionella !

Discussion / Proposition des indications du test ALU :

- Pneumopathie aigue (signes cliniques et radiologiques) et un contexte pouvant évoquer une Légionellose (signes extra-respiratoires, sévérité clinique typa SDRA imposant le transfert en USC ou Réa, contexte épidémiologique (voyage, exposition à une aérosolisation d'eau), échec d'une première ligne antibiotique par Bêta-Lactamines)

- Répéter l'examen ALU à 48h si forte suspicion clinique (pas d'influence de l'antibiothérapie)

- Pas d'indications dans la bronchite aigue et l'exacerbation aigue de BPCO.

- La recherche ALU et APU sont 2 examens différents : pas de prescription simultanée en systématique !

Antigène Pneumocoque Urinaire (APU) au SAU et autres services cliniques

Rappel sur l'existant : La recherche des Antigènes Urinaires Legionella type 1 (ALU) et Pneumocoque (APU) est une prescription simultanée en systématique, quelque soit le service.

Questionnement : quelles sont les indications de la recherche d' APU ?

Côté Services : quasi « réflexe » des prescripteurs de demander ALU et APU

Côté Laboratoire : 1593 APU (GHBA) en 2022, 137 positifs → prévalence de 8.60%
461 APU (SAU) en 2022, 36 positifs → prévalence de 7.80 %
Coût /test : 12 €
Remboursement : BHN 100, soit 27 €

→ Pneumocoque : principale étiologie des Pneumopathies Aigues Communautaires (PAC), l'antibiothérapie devant le cibler à minima (Béta-Lactamines)

→ L'antigénurie pneumocoque positive possède une valeur diagnostic très variable et donc très discutable, avec une excrétion dans les urines jusqu'à 3 mois après les signes cliniques :

- Spécificité du test APU > 80% chez l'adulte. Faux positifs chez les enfants et les patients BPCO (portage chronique asymptomatique le plus souvent) , ou en cas de vaccination anti-pneumococcique depuis moins de 5 jours.
- Sensibilité entre 77 et 89% pour les PAC bactériémiques
  Sensibilité entre 44 et 64% pour les PAC non bactériémiques
- VPN et VPP médiocres ! La meilleure VPP est donc pour les PAC sévères de l'adulte.

Discussion / Proposition des indications du test APU :

- Dans la PAC (SAU et autres services cliniques), peu d'intérêt du test APU en terme diagnostique (mauvaises VPN et VPP) et de prise en charge thérapeutique, une Béta-Lactamine étant toujours prescrite en première intention. Privilégier les hémocultures et un ECBC de bonne qualité.

- Réévaluation possible à 48h en fonction du contexte clinique avec un test APU (pas d'influence de l'antibiothérapie) , si hémocultures et ECBC non contributifs (notamment chez l' ID , âge +++, antibiothérapie récente)

- Excellente VPP uniquement dans la Pneumonie sévère de l'adulte et dans les pleurésies purulentes à Pneumocoque.

- Pas d'indications devant un tableau de bronchite ou comme test de « dépistage » face à un tableau septique ou respiratoire, et chez les enfants (portage asymptomatique au niveau naso-pharyngé).

- La recherche ALU et APU sont 2 examens différents : pas de prescription simultanée en systématique !