



La troponine THs fait ses débuts à Cochin

Depuis mai, la troponine T Hypersensible (troponine THs) est évaluée à l'hôpital Cochin dans le cadre d'une étude menée en étroite concertation par plusieurs services. Ce projet a la particularité d'être porté par un cardiologue, le Dr Christophe Meune, et une biologiste, le Dr Camille Gobeaux⁽¹⁾. Leur collaboration réussie illustre l'intérêt du dialogue biologiste-clinicien dans l'introduction de ce type de paramètre, qui amènera une nette amélioration de la prise en charge des patients suspects d'IDM.

Dans quel contexte se déroule cette étude ?

Camille Gobeaux: La troponine est un paramètre largement prescrit au sein de notre hôpital, particulièrement aux urgences, en cardiologie et en réanimation. Dans ce contexte, l'utilisation d'une

troponine hypersensible, plus performante et disponible 24 heures sur 24 sur une chaîne d'immunoanalyse de notre plateau technique, présente un grand intérêt.

Christophe Meune: La biologie n'est plus séparée de la clinique: nous travaillons et nous innovons ensemble.

Une étude sur les SCA

L'équipe de l'hôpital Cochin consacre son étude au diagnostic du SCA grâce à la troponine THs, un paramètre beaucoup plus sensible et précoce que les troponines conventionnelles.

Objectifs: quantifier le gain de sensibilité ainsi que la spécificité, déterminer la valeur prédictive positive et négative, valider l'intérêt de dosages répétés sur des intervalles de temps réduits (il est suggéré par certains travaux). L'étude sert aussi de validation locale en vue de l'adoption de la troponine THs en routine.

Beaucoup d'innovations sont initiées par les biologistes, qui apportent leur expertise et leur capacité à développer de nouveaux marqueurs pour que le changement s'effectue sans que personne ne soit perdu. La troponine THs en est la parfaite illustration.

Quel est votre avis sur ce paramètre ?

Christophe Meune: C'est un excellent marqueur informatif, qui va nous permettre de doser des troponines avec des concentrations plus faibles et une meilleure incertitude. Nous diagnostiquerons des infarctus du myocarde plus tôt et chez davantage de patients qui nécessitent une prise en charge adaptée, ce qui améliorera leur pronostic. Parmi les patients qui se présentent à l'hôpital pour une suspicion de syndrome coronarien aigu, seuls de 25 à 30% d'entre eux n'ont pas besoin d'un dosage pour que le diagnostic soit confirmé. Tous les autres patients sont concernés.

Camille Gobeaux: Nous pourrions détecter de plus petites quantités de troponine cardiaque circulante. Nous allons également nous mettre en conformité avec les recommandations internationales, qui préconisent une imprécision maximale tolérable de 10% à la valeur du 99e percentile d'une population de référence. Une troponine conventionnelle ne permet pas de remplir ces exigences.

Que manque-t-il pour introduire la troponine THs dès aujourd'hui ?

Camille Gobeaux: De multiples publications et communications orales nous ont beaucoup appris ces derniers mois, et nous sommes techniquement prêts. Mais il nous reste à explorer certains champs d'application cliniques et biologiques pour mieux interpréter les résultats et être en mesure d'informer nos prescripteurs de façon exhaustive.

Christophe Meune: La troponine THs introduite trop tôt serait utilisée par les cliniciens comme une troponine conventionnelle, donc de manière réductrice. Nous savons qu'elle est plus sensible pour le diagnostic de l'infarctus et de l'angor instable et qu'un seul dosage à l'admission suffit⁽²⁾. Mais nous avons encore du travail pour parvenir à un algorithme d'interprétation clair et approfondir le diagnostic de l'angor instable, qui est aussi l'objet de notre étude.

En pratique, comment le laboratoire intervient-il ?

Camille Gobeaux: Dans le cadre de l'étude, quand un patient est admis aux urgences ou en cardiologie, le protocole habituel de prise en charge est appliqué, si ce n'est que les échantillons sont conservés. Nous effectuons par la suite le dosage de la troponine THs; régulièrement, nous nous réunissons avec les cardiologues et les urgentistes pour vérifier les inclusions. De plus, il est très important d'informer les cliniciens sur les caractéristiques du dosage, car l'adoption de la troponine THs va bien au-delà du changement de valeurs de référence.

Christophe Meune: À la suite de cette étude, l'adoption de la troponine THs en routine va profondément modifier le mode de prise en charge des patients: nombre de dosages, interprétation, délai dans lequel les patients seront mis sous traitement ou renvoyés chez eux, etc. Nous attendons des biologistes beaucoup d'informations: qu'est-ce qui différencie ce paramètre des autres troponines? Le dosage est-il robuste en toutes circonstances? Le prélèvement est-il simple à réaliser et à acheminer? La qualité du rendu de résultats est-elle inchangée?, etc.

Si l'étude est concluante, comment envisagez-vous la mise en place en routine ?

Christophe Meune: Il faudra basculer complètement vers la troponine THs, qui rendra les autres paramètres obsolètes. Nous pouvons espérer une amélioration du pronostic des patients et un gain économique significatif: la prise en charge sera plus brève pour certains d'entre eux et les examens complémentaires seront mieux ciblés pour les autres.

Camille Gobeaux: Au quotidien, nous serons là pour alerter les cardiologues en cas de résultat atypique et décider avec eux de l'intérêt éventuel d'un second dosage. Sur le long terme, je serai très attentive aux nouvelles études menées, de façon à optimiser les conditions d'utilisation de ce nouveau paramètre: cela fait partie de mon rôle de conseil.

(1) Laboratoire de biochimie interhospitalier Cochin-Hôtel-Dieu, service du Pr L. Cynober.

(2) Ce point a fait l'objet d'une publication dans le *New England Journal of Medicine*.

Contact Roche Diagnostics:
nicolas.zeitoun@roche.com

