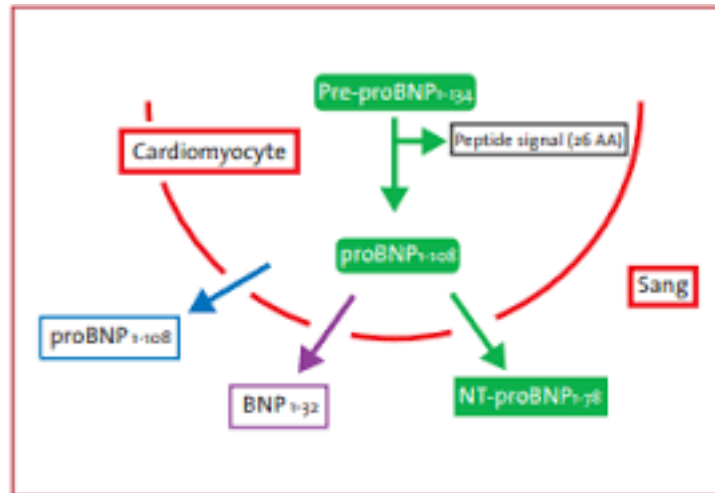




BNP : MODE D'EMPLOI D'UN OUTIL FORMIDABLE

(Je ne parle pas de la banque qui a un bilan carbone effroyable :

<https://affaire-bnp.fr/>)



BNP/ NT proBNP qu'est-ce que c'est ?

BNP (brain natriuretic peptide) et NT-probnp (fragment N-terminal du probnp) sont les produits de clivage d'un précurseur, le probnp.

Ils sont majoritairement sécrétés par les cardiomyocytes sous l'effet de l'étirement des fibres musculaires des ventricules droit et gauche.

Le taux augmente donc dans les cas suivants :

- Augmentation des pressions droites : dilatation VD et HTAP.
- Augmentation des pressions gauche : HTA, décompensation cardiaque que la FEVG soit préservée ou non.
- Il augmente également du fait d'une insuffisance rénale, haut débit (ex. sepsis, hyperthyroïdie)
- La néprilysine (sacubitril, entresto) empêche donc la dégradation des peptides natriurétiques. Leur concentration dans le plasma et leurs effets (vasodilatation, action diurétique) sont ainsi augmentés.

Retrouvez les vidéos d'éducation des pathologies cardiovasculaires sur la chaîne youtube ou la page facebook CardioMayotte.



[Tapez ici]

BNP/ NT proBNP quelles différences ?

- Concentration et normes différentes
- T1/2 vie et variation beaucoup plus courtes pour le BNP
- BNP faussé par Entresto, pas le NT proBNP

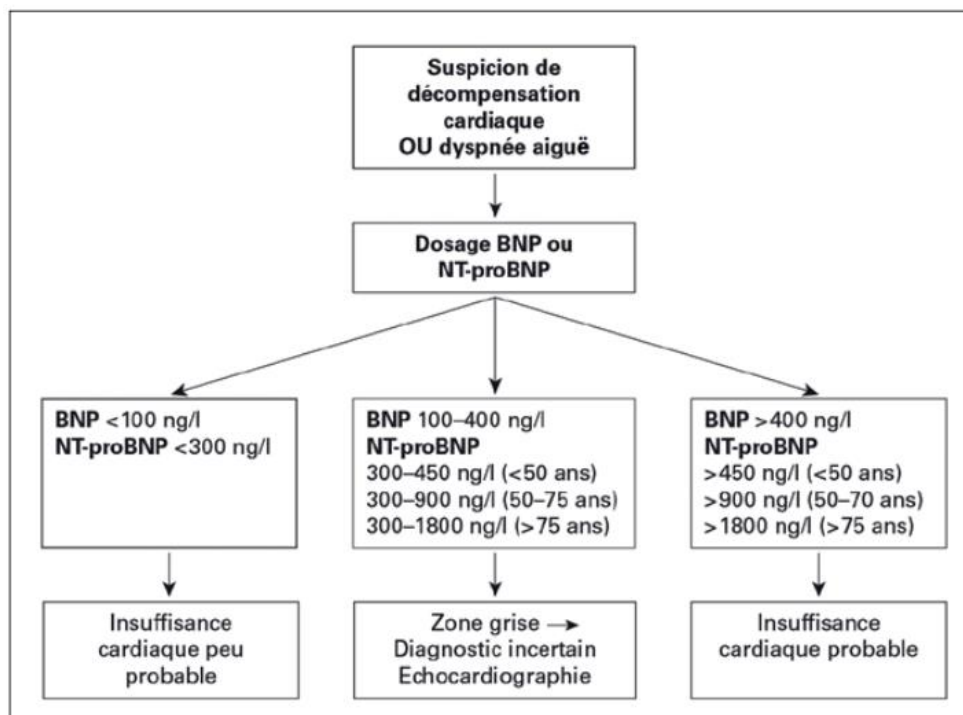
Compte tenu des différences, il est important de toujours prescrire, pour le suivi d'un patient donné, le même peptide dans le même laboratoire !

A quoi ça sert ?

- Éliminer une insuffisance cardiaque

En cas de symptôme atypique (dyspnée isolée, OMI isolée) un taux de BNP < 100 ou NTproBNP < 300 permet d'éliminer une insuffisance cardiaque comme origine de ces symptômes.

Un taux supérieur ne confirme pas une insuffisance cardiaque.



Le Hors Sujet du cardiologue :

- Autre cause de dyspnée : obésité +++ déconditionnement à l'effort ++, anémie, pneumologique
- Autre cause d'OMI : insuffisance veineuse, érysipèle, hypoalbuminémie

[Tapez ici]

- **Non officielle**

Adjoindre le taux de BNP à votre demande permet de considérablement réduire le délai de consultation.

Il est prouvé (même si c'est malheureux) que le dosage est bien plus fiable que le sens clinique même pour un médecin aguerri.

- **Suivi**

Le taux est variable en fonction des pressions VG (et non la FEVG) elle permet de suivre l'évolution sous traitement au cours d'hospitalisation ou d'un séjour à l'autre. Il est donc important (au moins pour moi) d'avoir un taux en début et en fin d'hospitalisation, et récent avant la consultation cardio pour suivi d'insuffisance cardiaque.

Vous avez probablement remarqué que l'interrogatoire ici est compliqué (expression des symptômes, notion de temporalité, changement d'interlocuteur médical).

Le Hors Sujet du cardiologue : *Autre élément biologique témoin de la volémie : variation protide, natrémie*

- **Non recommandé**

Pour dépister une dysfonction ventriculaire gauche latente dans une population asymptomatique.

Pour établir le pronostic d'une insuffisance cardiaque chronique. Il existe une corrélation entre les concentrations et le pronostic, mais cela ne modifie pas la prise en charge.

Un peu de statistiques

- **Faux négatif**

- Asymptomatique : le BNP est fonction de la pression VG et non la FEVG. Un patient bien traité peu avoir 10% de FEVG et 10 de BNP mais il n'est pas essoufflé, et s'il l'est, la cause est autre.

- L'IM et le RM dilatent initialement l'OG et n'augmentent donc pas le BNP (au début).

- Trop précoce (moins vrai avec le BNP)

- **Faux positif**

HTA, sepsis, insuffisance rénale (néanmoins 4000 c'est beaucoup)

Le Hors Sujet du cardiologue : *le prescrire c'est bien, regarder le résultat c'est beaucoup mieux*