

Point-of-Care-Testing (POCT)

«What's the point», ist die wohl wichtigste Frage bei dieser Art von Labor-diagnostik. Örtlich betrachtet gibt es verschiedene Situationen. Beim Patienten zu Hause, beim niedergelassenen Arzt in seiner Praxis oder anlässlich seiner Besuche in Alters- und Pflegeheimen. Auch in Apotheken oder Akutspitälern – insbesondere auf Notfallstationen, Intensivstationen, endokrinologischen Sprechstunden, Gerinnungssprechstunden oder auf der allgemeinen Abteilung – insbesondere bei Diabetes. «What's the point» geht aber auch um den Sinn des Tests. Oft wird argumentiert, dass der Zeitgewinn essentiell sei für die entsprechend rasche Weichenstellung zur weiteren Behandlung resp. zur Entlassung des Patienten. Die Datenlage hierzu ist allerdings schwach, es gibt kaum seriöse Arbeiten, die zeigen, dass der Zeitgewinn auch tatsächlich etwas am Outcome geändert hat. Von grosser Bedeutung ist sicher die Tatsache, dass die Qualität des Resultates Opfer des Zeitgewinnes wird. Bei unsensitiven und unspezifischen Tests, wie es die POCT's oft sind, werden folglich viele falsch positive Krankheiten eingeschlossen oder falsch negative Patienten nicht der notwendigen Therapie unterzogen. Als Beispiel möge Troponintestung dienen. In den grossen Zentrallaboratorien bemühen wir uns um hochsensitive Tests, die frühe Infarkte und Kleininfarkte erfassen resp. mit einer hohen Spezifität ausschliessen. Im krassen Gegensatz dazu werden bei einem einfachen Point-of-Care Troponin-Test viele kleine und frühere Infarkte verpasst. Als positives Beispiel möge die neue PCR-Diagnostik gelten, die heute schon als Point-of-Care-Test eingesetzt werden kann. Hiermit können sehr spezifisch und rasch Patienten mit Atemwegs- oder Brechdurchfallerkrankungen diagnostiziert und entsprechend rasch weiter behandelt und betreut werden. Point-of-Care-Testing ist also weder gut noch schlecht, sondern muss im Rahmen der technischen Möglichkeit und Qualität, im Rahmen des Einsatzortes und im Rahmen des medizinischen Umfeldes betrachtet werden. Nur dann ist ein Einsatz medizinisch wie auch ökonomisch und besonders bezüglich des Outcomes

gewinnbringend. Medizin und Industrie müssen hier Modelle entwickeln, wie die Wertigkeit des POCT in verschiedenen Situationen gemessen werden kann. Allenfalls müssten auch entsprechende Anreize geschaffen werden, damit POCT – wie auch Laboranalytik ganz allgemein – nach evidenzbasierten Methoden eingesetzt wird.

*Prof. Dr. med. A. R. Huber,
Chefredaktor «pipette»*

Tests point-of-care

«What's the point?» est bien la question la plus pertinente pour ce type de diagnostic de laboratoire. En fonction de l'endroit où a lieu l'analyse, différents cas de figure sont possibles: au domicile du patient, au cabinet du médecin traitant, ou à l'occasion de ses visites dans les maisons de retraite ou les résidences médicalisées. Peuvent également être concernés par ce type d'analyses: les pharmacies ou les hôpitaux de soins aigus, notamment les unités d'urgence, les unités de soins intensifs, les consultations endocrinologiques, les consultations portant sur les troubles de la coagulation, ou encore un service de soins classique, tel que pour patients diabétiques. Mais «what's the point?» fait également référence au sens que revêt le test. Il est souvent argumenté que le gain de temps est essentiel pour une prise de décision rapide et adaptée quant à la suite du traitement ou la sortie du patient de l'hôpital. Cependant, les données sur ce sujet sont maigres. Il est en effet difficile de trouver des travaux sérieux démontrant que le gain de temps a une quelconque influence sur l'issue. Plus remarquable apparaît assurément le fait que la qualité du résultat soit souvent sacrifiée pour le gain de temps. Avec des tests à la fois non sensibles et non spécifiques, comme le sont souvent les tests POC, de nombreuses maladies sont en conséquence détectées alors qu'il s'agit de faux positifs, ou de nombreux patients, considérés comme faux négatifs, ne reçoivent pas le traitement approprié. Le test de troponine

pourrait servir d'exemple. Au sein des grands laboratoires centraux, nous nous efforçons de développer des tests de haute sensibilité capables de détecter les infarctus précoces ainsi que les petits infarctus, ou bien de les exclure avec une spécificité élevées. Par contre, un simple test de troponine réalisé au chevet du patient n'est souvent pas à même de détecter de nombreux petits infarctus ou des infarctus précoces. Le diagnostic PCR pourrait en revanche figurer comme un exemple positif, étant à ce jour déjà disponible sous forme de test POC. Grâce à ce test, les patients atteints de maladies des voies respiratoires ou de gastro-entérites peuvent être diagnostiqués avec rapidité et haute spécificité, et ainsi être traités et pris en charge de manière prompte et adaptée. Les tests au chevet du patient ne sont donc ni bons, ni mauvais, mais ils doivent être considérés sous l'angle de la faisabilité technique et de la qualité, ainsi que en fonction du lieu de réalisation et dans le cadre de l'environnement médical. Seul le respect de ces principes garantit une utilisation bénéfique sur le plan médical, économique et surtout en ce qui concerne l'issue. La médecine et l'industrie doivent ici coopérer pour développer des modèles permettant d'évaluer la valeur des tests POC dans différentes situations. Des incitations adéquates devraient être créées afin que les tests POC – comme les analyses de laboratoire en général – soient utilisés selon des méthodes basées sur les preuves.

*Professeur A. R. Huber,
rédacteur en chef de «pipette»*



Prof. Dr. med.
Andreas R. Huber
Chefredaktor «pipette»
Rédacteur en chef «pipette»

