
Le profil protéique: un examen d'utilité discutable

Le profil protéique né dans les années 1970 a pris un essor il y a environ 12 ans, date à laquelle il a été affiné sur le plan quantitatif et qualitatif. Il comporte la détermination de 8 à 12 protéines, en général 9: orosomucoïde, C réactive protéine, haptoglobine, transferrine, albumine, immunoglobulines des classes G, A et M, fraction C3 du complément. Les médecins internistes ont pensé que ce profil protéique pouvait orienter la recherche d'une cause face à une inflammation inexpliquée ou à une pathologie restée sans diagnostic. Qu'en est-il exactement? 2 études françaises (ce n'est pas si fréquent) ont tenté de répondre à la question de l'utilité de cet examen.

La 1^{ère} étude¹ a testé l'apport de la prescription du profil protéique pour mettre un diagnostic sur des syndromes inflammatoires. Les auteurs, au cours d'une étude prospective sur un an (fév 95-fév 96), ont prescrit un profil protéique à 650 patients hospitalisés consécutifs ayant un syndrome inflammatoire défini par une VS > 30 mm (1^{ère} h), une CRP >30. Sur les 650 patients sélectionnés, le syndrome inflammatoire restait inexpliqué après 5 jours d'hospitalisation chez 95 soit 14,4%. Le diagnostic final a été porté par divers moyens, mais le profil protéique a apporté une aide dans 21 cas (22%): maladie systémique (12), infection (4) néoplasie (3), une amylose et une carence martiale. Les auteurs concluent que le profil protéique est bien adapté à l'exploration des syndromes inflammatoires inexpliqués. Selon les auteurs, il révèle l'existence de syndromes biochimiques spécifiques, d'intérêt physiopathologique, utiles à la sélection des procédures diagnostiques décisives.

La 2^{ème} étude², prospective aussi, avait pour objectif d'évaluer l'intérêt de la prescription systématique chez des patients consultant pour une pathologie inexpliquée,

dont les symptômes dataient de 3 semaines à 5 ans. 76 patients ont été inclus. Ils ont eu un bilan d'exploration biologique classique et un profil protéique. 2 groupes de médecins ont été constitués: un groupe de médecins "senior" et un groupe de médecins assistants-chef de cliniques (un groupe expérimenté et un moins expérimenté) ceci pour éviter des écarts de performance diagnostique liée à l'expérience. Chaque patient avait deux dossiers, dont une partie commune (lettre du motif, observation clinique complète, compte rendu détaillé de l'interrogatoire etc), un des dossiers comportait le profil protéique et l'autre le bilan classique. Chaque médecin devait ensuite remplir une fiche diagnostique avec comme item: organocité, diagnostic principal (inflammatoire, néoplasie, infectieux, autre), diagnostic secondaire et hypothèse. Le diagnostic d'organocité a été porté dans les 3/4 des cas. Il n'a pas été noté de différence notable dans les performances diagnostiques entre le groupe ayant le profil protéique et le groupe ne l'ayant pas. Pour les auteurs le profil protéique n'est pas un examen d'orientation, mais un examen de 2^{ème} intention.

Les auteurs de ces 2 études concluent à une certaine utilité des profils protéiques, en 2^{ème} intention, dans le diagnostic de pathologies inexpliquées. Il y a pourtant une discordance entre ces conclusions et la lecture des deux études. Ces discordances sont bien analysées dans un des éditoriaux qui accompagnent la publication³: dans la 1^{ère} étude, on ignore les causes réelles de l'hospitalisation, les hypothèses diagnostiques formulées, et il est difficile de ce fait de savoir si le profil a vraiment été déterminant dans la recherche diagnostique dans les 21 cas signalés; dans la 2^{ème} étude la conclusion concernant l'utilité en 2^{ème} intention est en discordance avec l'étude elle-même qui s'avère négative.

Cet éditorial rappelle qu'une "demande d'examen complémentaire sans orientation diagnostique préétablie est la source d'erreurs diagnostiques". Dans les pathologies pour lesquelles le profil protéique est proposé, "l'interrogatoire et l'examen clinique sont les étapes essentielles de la procédure diagnostique". Le "profil protéique ne donne pas un diagnostic", "ce n'est pas une boule de cristal pour l'interniste". Cette analyse est également celle de l'autre éditorial⁴: "cette exploration ne peut s'interpréter qu'en fonction du contexte clinique et/ou biologique"; elle "apparaît clairement comme une exploration biologique de 2^{ème} intention".

En conclusion, le profil protéique, peut être intéressant pour des recherches physiopathologiques, ne semble pas avoir sa place en clinique courante, et les études présentées ne valident pas cette place dans l'exploration des syndromes inflammatoires inexpliqués.

1- Dupond JL et coll. Intérêt du profil protéique dans les syndromes inflammatoires inexpliqués. Rev. Méd. Interne, 1997;18: 367-372

2- Barrier JH and al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Etude prospective chez 76 malades. Rev. Méd. Interne, 1997; 18: 373-379

3- Vital-Durand, Levrat R. Le profil protéique: la boule de cristal de l'interniste? Rev. Méd. Interne, 1997,18:365-86

4- Cacoub P, Godeau P. Apport du profil protéique en médecine interne: l'âge de la maturité. Rev. Méd. Interne, 1997;18:363-364