

Le bilan de protéomique fonctionnelle (Méthode CEIA)

Cas clinique ... Cas clinique ... Cas clinique ... Cas clinique ...

cas n° 13

Mr. Dominique V., °25/01/1963
CRP-hs, dites-vous ?

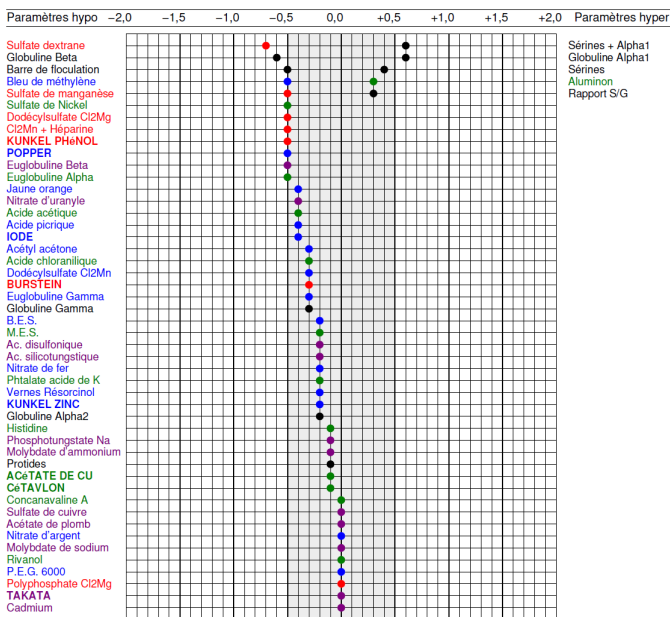
Antécédents

- ouvrier (entretien d'instruments - métaux non-ferreux)
- traité pour HTA depuis 1995 (surpoids)
- 2002: chondromalacie de la rotule (dr)
- 2003: régime amaigrissant x surmenage
- 2005: syndrome de stress
- 2005: parésie vésicale passagère
- 2007: varicectomie (dr)
- 2009: rupture traumatique de la coiffe des rotateurs (dr)
- familiaux: 2 sœurs diabétiques, mère: HTA, insuffisance rénale, hypothyroïdie, hyperlipidémie

Je suis le médecin de famille de cet homme, ainsi que de sa (seconde) épouse et de sa mère, depuis 1996. Mis à part son HTA bénigne, il ne présente pas de pathologie chronique sévère.

Pour illustrer son cas, je dispose de deux profils protéomiques, antérieurs à sa maladie actuelle.

1^{er} profil protéomique : 28/10/2003

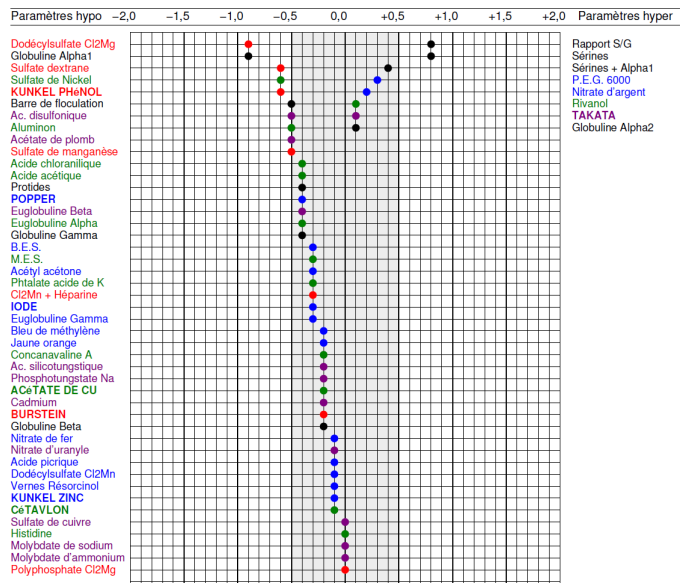


Un premier a été réalisé fin 2003, à l'occasion d'une mise au point pour une syncope vagale, survenue à cause d'un épisode de surmenage (réaménagement du domicile), juste après une cure intense d'amaigrissement (perte de poids de 25 kg), qui n'avait pour autant pas réussi à venir complètement à bout de l'HTA.

Commentaire

- bilan étroit, rassurant
- légère asymétrie gauche
- **LP rouges** abaissées: expression du surmenage

2nd profil protéomique : 02/05/2008



Le second profil est demandé après un nouvel épisode de syncope, cette fois jumelé à une gastro-entérite aigüe, qui se prolonge néanmoins en diarrhée persistante.

Commentaire

- on retrouve le même bilan étroit, rassurant
- légère asymétrie gauche
- **LP rouges** toujours un peu abaissées

Ces 2 bilans démontrent la fiabilité de reproduction du profil protéomique par la méthode du CEIA, même avec des paramètres resserrés dans et autour de la zone de normalité, et cela avec une intervalle de 5 années: ce qui rendra fiables les altérations observées récemment.

Maladie actuelle

L'hiver dernier, il fait une pneumonie (février 2011), qui ne veut pas guérir: il reste grippal, avec une dyspnée et une toux persistante de longue durée. L'antibiothérapie générale et locale (aérosol) n'apporte pas de soulagement réel. Il est placé sous inhalateurs aux corticoïdes. Mi-juin il fait une rechute pendant le WE, et par l'entremise du médecin de garde, il est vu en urgence au service de pneumologie de l'UZ Brussel (hôpital universitaire), où le diagnostic différentiel de silicose (suspecté par son emploi de meules) ou de sarcoïdose est posé.

Biologie dd: 17/06/2011

Les examens biologiques effectués lors de cette prise en charge hospitalière, comprennent un examen cytologique des crachats et un typage lymphocytaire, mais une biologie classique manque étonnamment.

Conclusions du typage lymphocytaire:

- % lymphocytes T ↑
- rapport CD4/CD8 ↑
- % lymphocytes B normal

Il reçoit comme seul traitement un inhalateur aux corticostéroïdes (causant par ailleurs une candidose orale).

Evolution

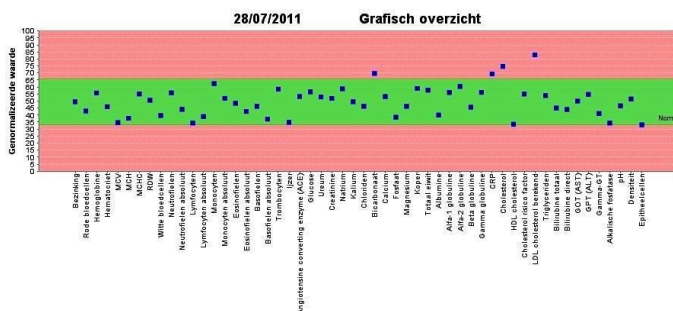
Il continue cependant à se plaindre de dyspnée intense et d'expectorations continuelles, nécessitant à plusieurs reprises la prescription d'aérosols. Il insiste pour être revu plus vite en pneumologie, le contrôle n'étant prévu que pour octobre.

Il est donc revu à la mi-août à la consultation de pneumologie, où finalement le diagnostic de sarcoïdose (maladie de Besnier-Boeck-Schaumann) sera retenu.

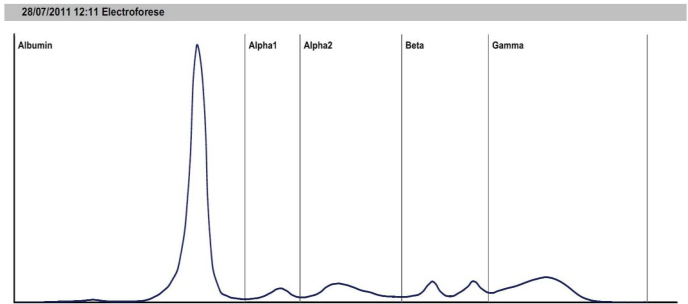
A la demande du pneumologue, une biologie classique avait été prélevée fin juillet, qui ne révèle aucun signe particulier, et le pneumologue de conclure: absence d'anémie, de signes inflammatoires, glycémie: 99 mg/dL, cholestérol: 240 mg/dL, ECA normal (35 U/L), testes renaux et hépatiques normaux, absence d'hypercalcémie, absence d'hypergammaglobulinémie, examen urinaire normal (absence d'hématurie, de leucocyturie, de protéinurie).

VS	8	Sodium	143	CRP	0.55
GR	5.66	Potassium	4.3	Urée	35.9
Hgb	16.1	Chlorides	102	Créatinine	0.90
Ht	45.7	Bicarbonate	31	Cholestérol	240
GB	5440	Calcium	9.5	HDL cholestérol	46
Neutro %	64.2	Phosphate	3.0	Chol / HDL-C	5.2
Lymfo %	21.0	Magnésium	2.0	LDL cholestérol	174
Mono %	11.6	Cuivre	125	Triglycérides	95
Eosino %	2.8	Protides totaux	7.4	Bilirubine totale	0.4
Baso %	0.4	Albumine	58.0	Bilirubine directe	0.1
Thrombocytes	343	Alpha-1 globuline	4.3	GOT (AST)	19
Fer	58	Alpha-2 globuline	11.0	GPT (ALT)	27
Glucose	99	Beta globuline	10.2	Gamma-GT	15
		Gamma globuline	16.5	Phosph alcal	38

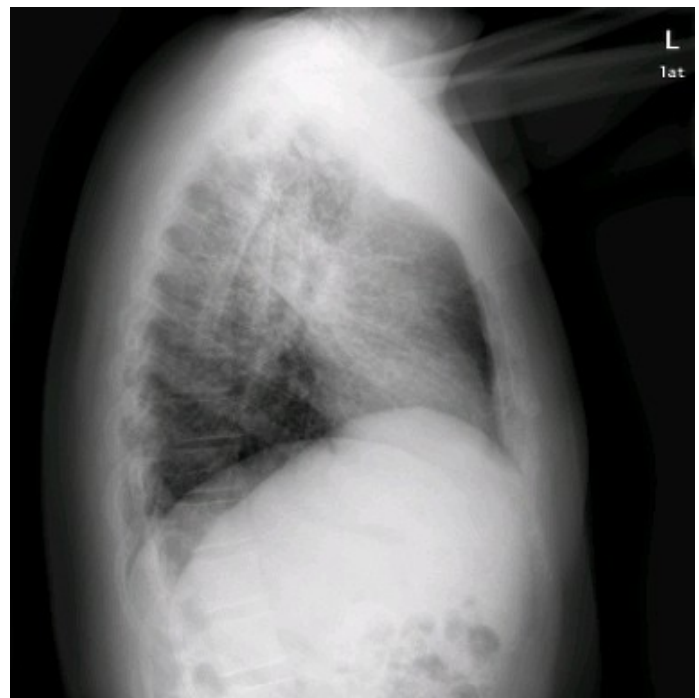
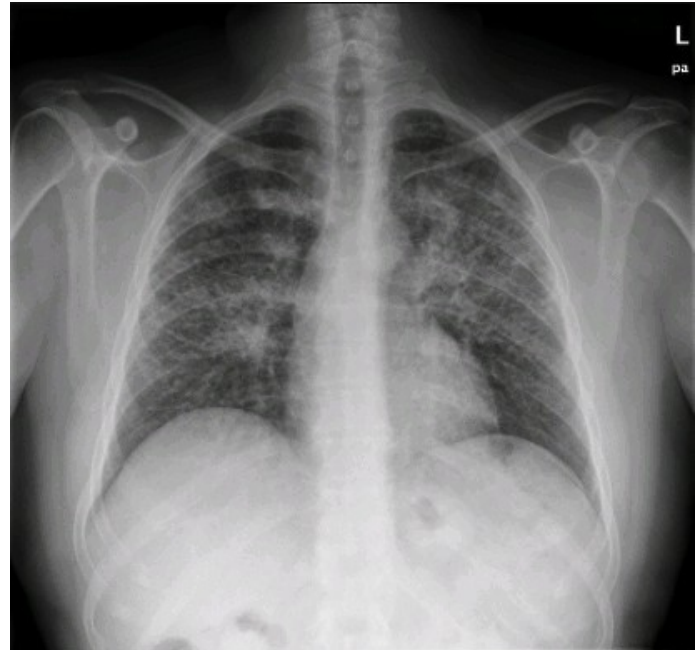
Aperçu graphique de la biologie: normal



Electrophorèse des protéines = normale



Radiographie du thorax réalisée à ce moment :



Protocole RX

Parenchyme pulmonaire d'aspect réticulonodulaire - ombre cardio-médiastinale normale - trachée médiane, sans déplacement - coupes diaphragmatiques bien dé-

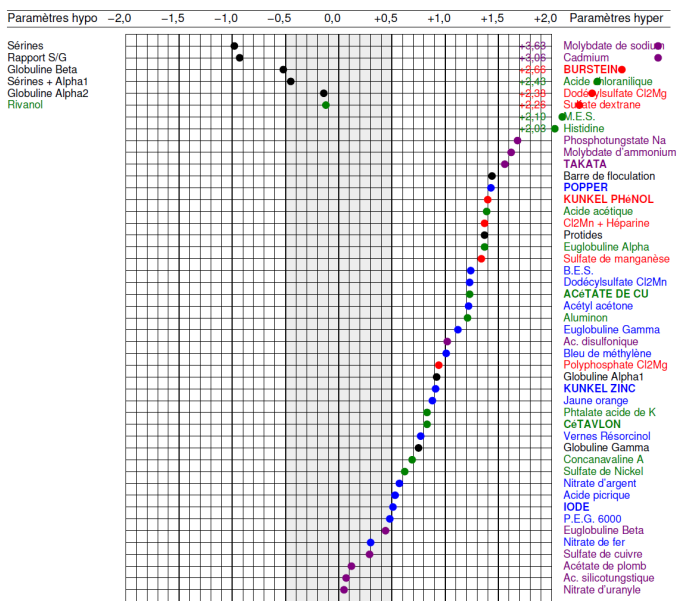
limitées - sinus costo-diaphragmatiques bilatéraux libres
 - Conclusion: image compatible avec une pathologie pulmonaire interstitielle.

Evolution

La décision thérapeutique du pneumologue s'est vu limitée au doublement de la dose d'inhalation de corticoïdes, ce qui pour autant n'a pas amélioré son état, mais a fait rechuter le muguet oral.

Je lui ai proposé à ce moment de refaire un bilan protéomique, pour obtenir des éléments diagnostiques et thérapeutiques probablement plus à la hauteur de sa souffrance clinique réelle.

3^{ème} profil protéomique : 12/09/2011



Ce bilan est frappant:

- d'abord parce qu'il diffère très nettement des deux bilans antérieurs, indiquant un processus pathologique actuel réel
- ensuite parce que par son asymétrie droite évidente, entraînant quasi tous les paliers de la défense immunitaire (cellulaire - paramètres GP verts, complémentaire - paramètres LP rouges, et humorale - paramètres IG bleus et violets), il est le témoin biologique indéniable de l'intensité de cette pathologie pulmonaire interstitielle
- finalement et surtout, parce qu'il met en échec - dans ce cas - l'analyse de la biologie classique, qui, restant absolument muette, a contribué à une fausse appréciation de la gravité de la maladie

Un premier réflexe thérapeutique suite à ce bilan a été la prescription de CROTON LECHLERI, produit de phytothérapie amazonienne, dont les vertus immunomodulatrices ont déjà largement été étudiées (ea. travaux du Prof. S. Canigual, Université de Barcelone).

Conclusion

Ce cas est probablement un exemple extrême, où, dans une pathologie objective grave, il y a un tel paradoxe entre la biologie classique et le profil de protéomique fonctionnelle (méthode CEIA), en faveur de ce dernier.

Cela prouve la plus-value réelle de cette méthode, en complément d'autres, la biologie classique en particulier. L'une ne peut pas remplacer l'autre, ni inversement. Elles sont complémentaires.

Auteur: *Dr. Sus Herbosch*

CEIA Deutschland Hauptstr. 75 a 55481 Kirchberg	Tel: +49 6763 3032 919 Fax: +49 6763 3032 921
CEIA Benelux Sint-Michielslaan 119 1040 Brussel	Tel: +32 2 736 04 58 Fax: +32 2 736 58 02
CEIA Iberica C/ Joncar 4 46137 Playa Puebla Farnals	Tel: +34 961 46 31 36 Fax: +34 961 46 16 19
CEIA France Château des Carbonnières 69640 Lacenas	Tel : +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
CEIA Canada 9 Chemin des Pensées Sainte Anne des Lacs, PQ, JoR 1Bo	Tel: (450) 224 3048
e-mail : info@ceia.com www.ceia.com	