



LA MALADIE CŒLIAQUE

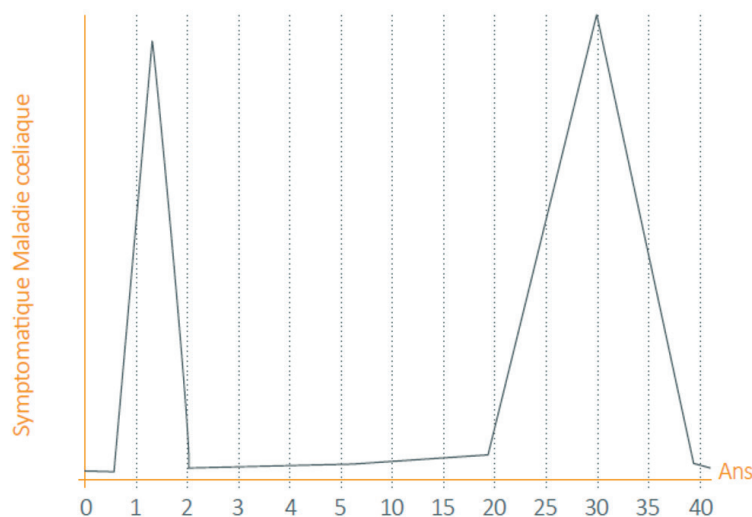


- La maladie cœliaque est une entéropathie auto-immune induite par l'ingestion de gluten chez des individus génétiquement prédisposés.
- Elle se caractérise par la survenue d'une atrophie villositaire au niveau duodéno-jéjunal ayant pour conséquence un syndrome de malabsorption.
- La composante auto-immune est mise en évidence grâce à la présence d'autoanticorps : les anti-transglutaminases tissulaires et les anti-endomysium en sont les principaux.

FLASH ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence de la maladie cœliaque est sous-estimée en raison des nombreuses formes silencieuses, paucisymptomatiques et atypiques.

Elle toucherait environ 1/1000-1500 en France dans sa forme symptomatique.



On observe deux pics de fréquence :

à la petite enfance (entre 6 mois et 2 ans)
dès l'introduction du gluten et chez l'adulte jeune
entre 20 et 40 ans.

QUAND PENSER À LA MALADIE COELIAQUE?

→ La forme typique se présente avec des **manifestations digestives** de type **douleurs abdominales** et **diarrhées chroniques** conduisant à un **syndrome de malabsorption**, une **dénutrition**, un **retard staturo-pondéral** et des **complications carencielles** (*anémie, ostéoporose, complications neurologiques...*).

En pratique, le tableau clinique est très variable allant de la forme asymptomatique à la forme évoluée sévère :

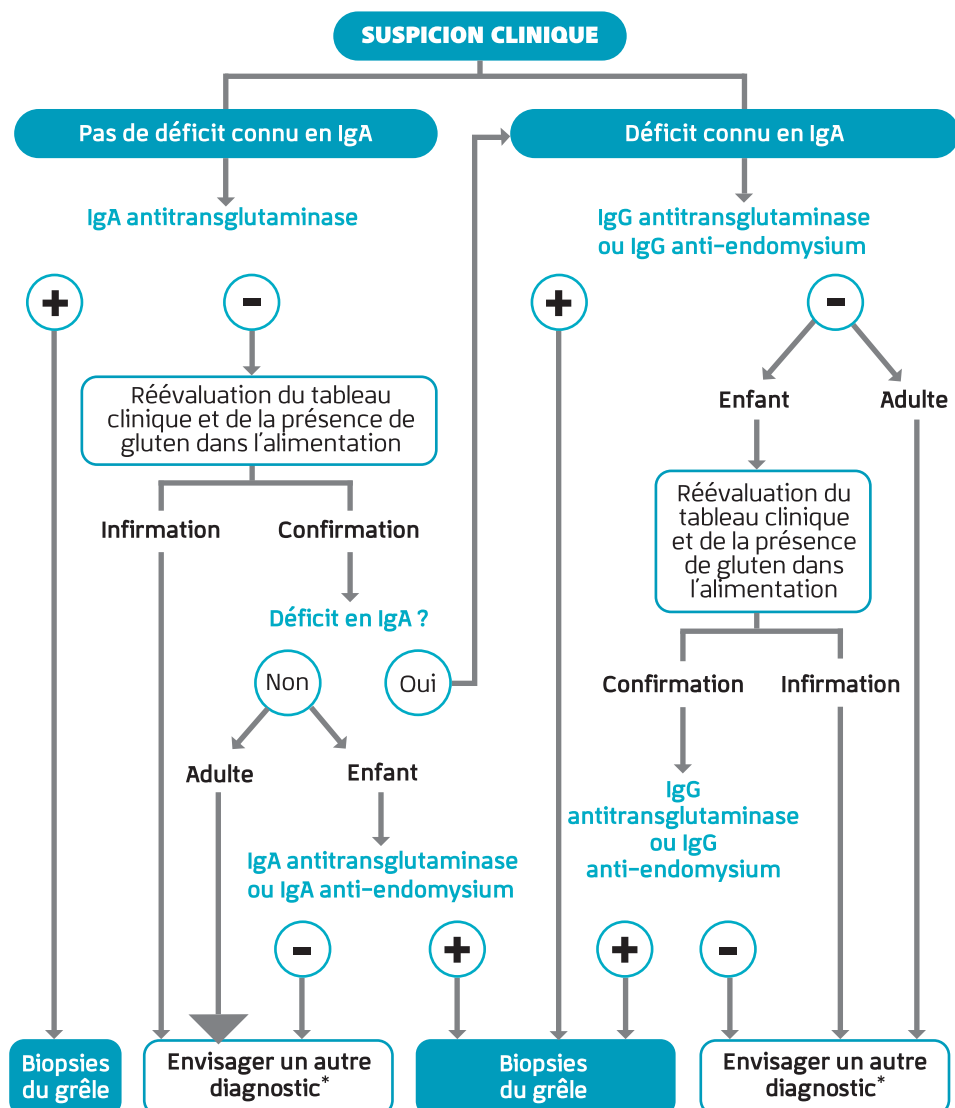
SIGNES FRÉQUENTS

Diarrhée
Vomissements
Douleurs abdominales
Météorisme, ballonnement, syndrome dyspeptique, constipation
Amaigrissement malgré hyperphagie
Retard de croissance (enfant)
Anémie ferriprive, hypoferritinémie
Anémie macrocytaire, macrocytose
Asthénie
Stéatorrhée
Hypertransaminasémie

MANIFESTATIONS MOINS FRÉQUENTES

Fractures, ostéoporose, ostéomalacie
Aphthose buccale récidivante, glossite
Carence en vitamine K
Hypoplasie de l'émail dentaire
Hyposplénisme (thrombocytose, corps de Howel-Jolly)
Oedèmes des membres inférieurs, ascite
Arthralgies, arthropathies
Retard pubertaire, ménopause précoce, aménorrhée, infertilité, fausses couches
Neuropathie périphérique, ataxie, épilepsie
Anxiété, dépression, troubles du comportement, démence
Kératose folliculaire, hippocratisme digital, alopecie

STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE



* Dans certaines circonstances, chez l'adulte et si la suspicion clinique est forte, on peut cependant demander des biopsies du grêle.

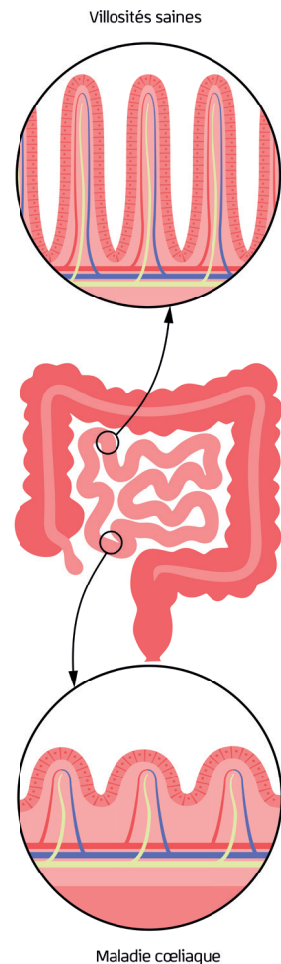
QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ?

La maladie cœliaque est fortement associée au déficit en IgA, il est donc important de compléter le bilan par un dosage des IgA totales, comme le prévoient les recommandations HAS, surtout en cas de négativité des IgA anti-transglutaminase.

→ Elle est fortement associée à la présence des antigènes HLA DQ2/DQ8. Le typage HLA DQ2/DQ8 peut être réalisé dans certains cas douteux, notamment en cas de positivité des IgA anti-transglutaminase chez l'enfant associée à une biopsie normale de l'intestin grêle.

→ Elle peut également être associée à d'autres maladies auto-immunes. En fonction du contexte clinique, des examens complémentaires peuvent donc être indiqués avec notamment la recherche de :

- Un diabète de type 1
- Une hépatite auto-immune
- Un dysfonctionnement thyroïdien
- Une maladie de Biemer



COMMENT TRAITER LA MALADIE CŒLIAQUE ?

Le traitement de la maladie cœliaque repose sur le **régime sans gluten (RSG)** associé, éventuellement, à une supplémentation vitaminique et la correction des carences.

Le RSG induit une amélioration clinique et biologique franche avec la négativation des autoanticorps et l'amélioration histologique.

→ Son observance reste difficile, surtout chez les adolescents.



SUIVI DE L'OBSERVANCE DU RÉGIME SANS GLUTEN

La bonne observance du régime sans gluten est objectivée par la diminution puis la disparition des IgA anti-transglutaminase.

→ Cet examen est indiqué après 6 et 12 mois de régime sans gluten.