

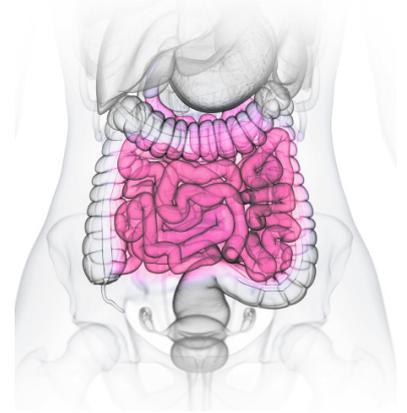


BIO MEDI QUAL  
CENTRE

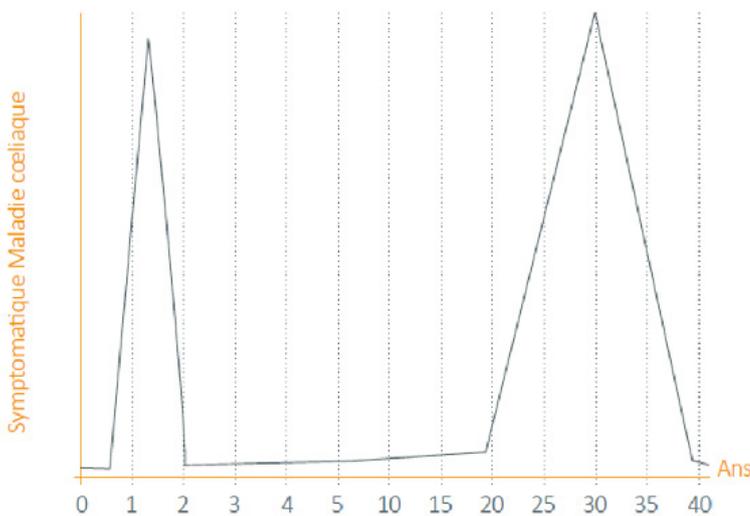
# LA MALADIE CŒLIAQUE



**Définition** : 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 duodénojéjunal** 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.

## Flash prescription

### Quand penser à la maladie cœliaque ?

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 carentielles (anémie, ostéoporose, complications neurologiques...)**.

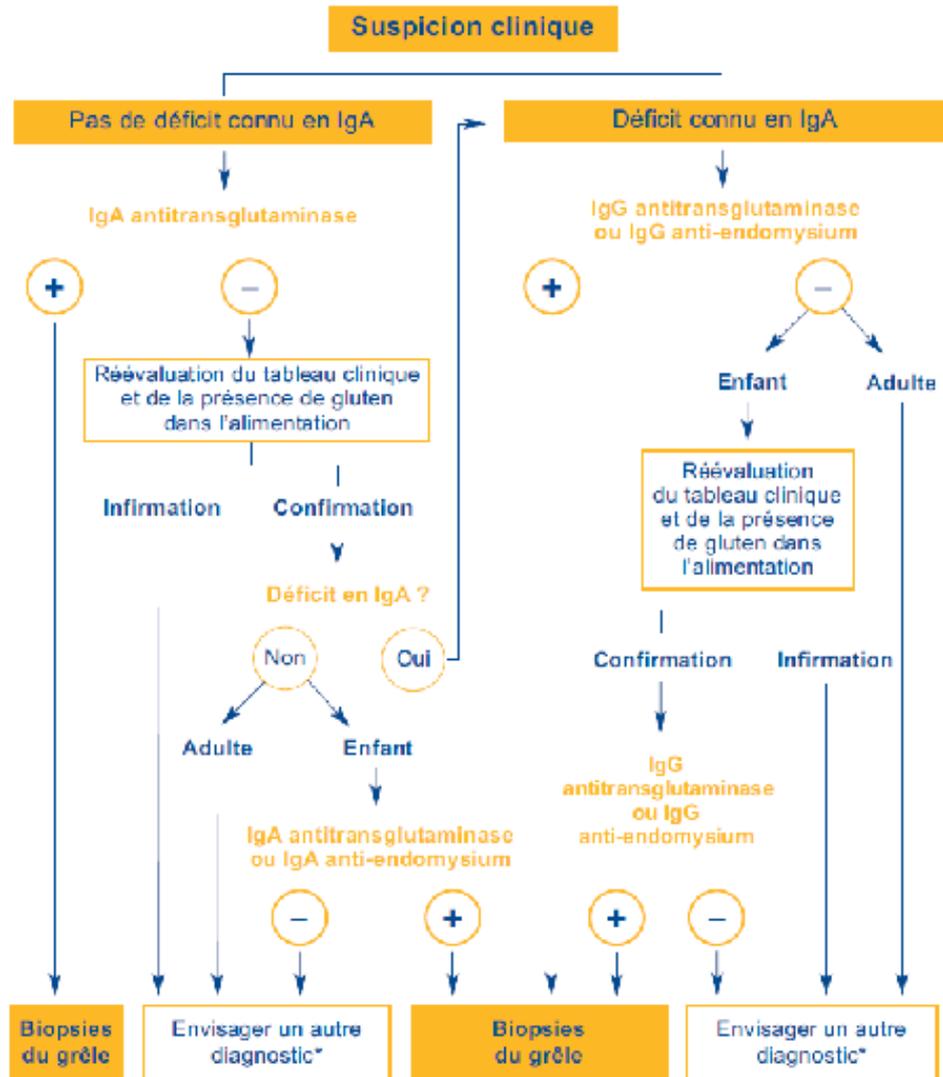
En pratique, le tableau clinique est très variable allant de la forme asymptomatique à la forme évoluée sévère :

### 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
- Aftose 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



\* 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.

La maladie cœliaque peut être associée à d'autres maladies auto-immunes. En fonction du contexte clinique, des examens complémentaires peuvent donc être indiqués avec notamment la recherche d'un diabète de type 1, d'une hépatite auto-immune, d'un dysfonctionnement thyroïdien, d'une maladie de Biemer, entre autres.

## 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. Néanmoins, 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.