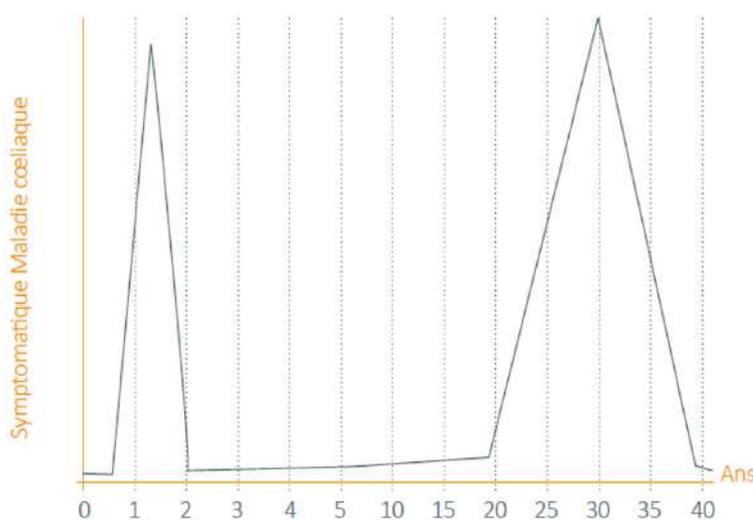




# LA MALADIE CŒLIAQUE

- 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 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.

## 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 statural-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 :

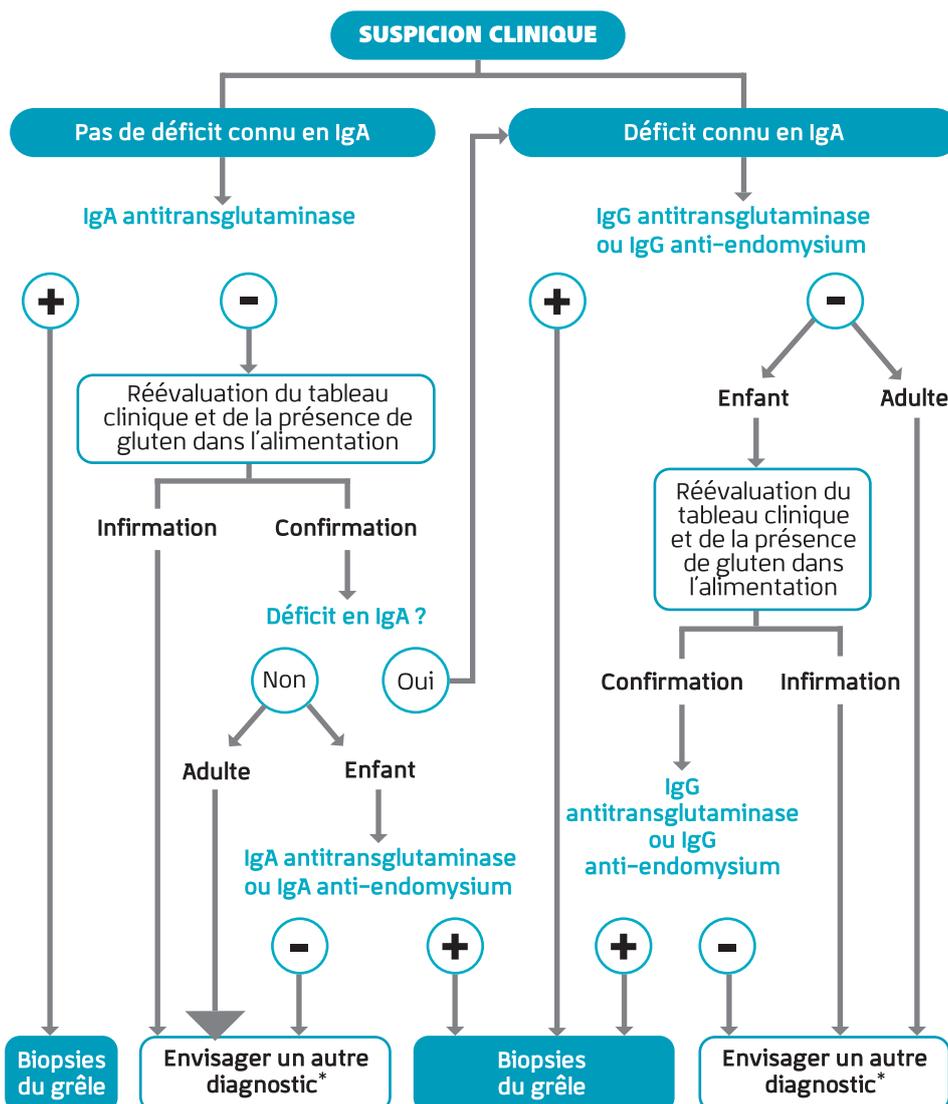
### SIGNES FRÉQUENTS

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  
 Aптоse 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.

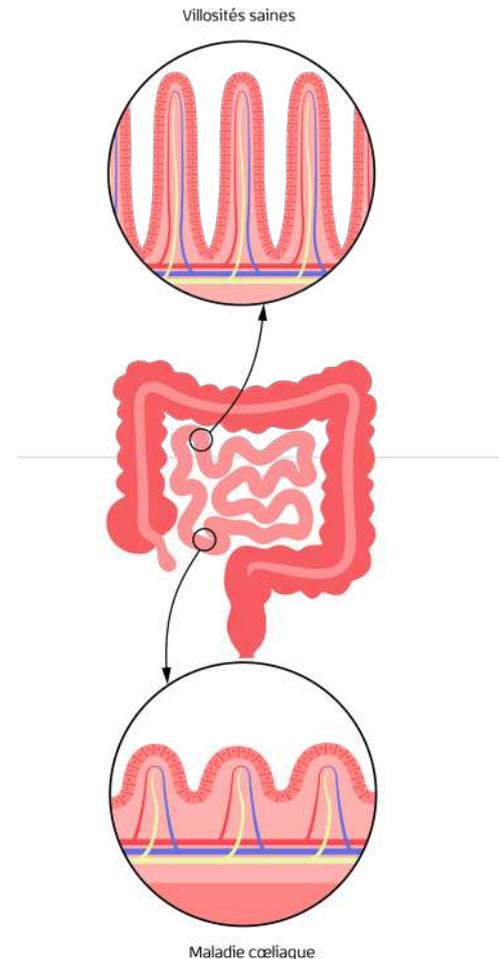
## QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ?

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.