

Maladie coeliaque: quand la rechercher?

Tatiana Collipal
17 Septembre 2008

Mme G 1954

- Patiente de 54 ans qui consulte aux urgences pour des douleurs abdominales depuis 2-3 ans déjà investiguées par 2xOGD. Un DG de colon irritable est posé par son médecin traitant.
 - Que faites-vous?

Maladie coeliaque (MC) au SMPR?

- Qui l'a cherchée au moins une fois cette année?
- Pourquoi l'avoir recherchée?
- Le faites-vous de manière systématique en fonction de certains facteurs de risque et si oui lesquels?

Raisons de cette présentation

- Plusieurs cas de patients avec un DG de MC posé de manière inhabituelle
 - Test cutané fait chez un allergologue (?!)
 - Malgré un DG douteux les patients se sont dit améliorés par un régime sans gluten (RSG)
- Plusieurs cas de patients avec des douleurs abdominales pour lesquels nous nous sommes posés la question s'il fallait la rechercher ou pas
- Découverte via la littérature d'une maladie bien plus fréquente qu'on ne pense

Plan

- I - Physiopathologie: bref rappel
- II - Qques données épidémiologiques
- III - Facteurs prédisposants
- IV – Comment poser le diagnostic
- V - MC en médecine de premiers recours
- VI - Combien ça coûte?
- VII - Conclusion

I - MC: physiopathologie

- Mécanisme :
 - effet toxique de la gliadine (produit de dégradation du gluten) contenu dans orge, blé, seigle
 - Enz. tissulaire (transglutaminase) modifie la structure de la gliadine et se fixe sur la gliadine
 - Complexe gliadine/transglutaminase => production d'AC => atrophie villosité intestinale, hypertrophie de cryptes, infiltration lymphocytaire épithélium et chorion
 - Prédisposition génétique HLA DQ2/DQ8 **95%**
 - MC = maladie auto-immune et non allergie

II – Epidémiologie

- Avant : maladie de l'enfant avec qqes cas chez l'adulte
- Depuis qqes années:
 - cas chez l'enfant = 20- 25% des MC et
 - les 75- 80% restant concerne l'adulte !! => on parle maintenant de maladie coeliaque de l'adulte (MCA)

Epidémiologie MCA (suite)

- **Forme classique**
 - diarrhées et symptômes liés à la malabsorption, perte pondérale, douleur abdo.
- **Forme atypique, la plus fréquente**
 - découverte fortuite à l'OGD (investigation pour dyspepsie ou anémie), lors d'investigations lors d'autres maladies (ostéoporose, infertilité,...)
- **Forme latente**
 - pas de symptômes mais OGD aN et/ou Ac pos

Epidemiologie (suite)

- Cas connus = pointe de l'iceberg 1/500 – 1/2000
- Majorité des cas sont non diagnostiqués 1/100 à 1/300



Epidemiologie (suite)

- Prévalence ?
 - Plusieurs grandes études épidémiologiques (USA, GB, Suède) grâce aux nouveaux tests de dépistage (AC TG) 1cas/100 à 1/300
 - Europe pop. Générale: 1/100
 - Ratio ♀/♂ de 3/1
 - Dans certains groupes à risque MCA peut aller jusqu'à 10%

III - Facteurs prédisposants

- Parent du premier degré 10%
- Maladie auto-immune: DM 1 (MC chez 5%), **dysthyroïdie (5%)**, maladie rhumatismale
- **Anémie ferriprive** (taux?)
- **Dyspepsie fonctionnelle**
- **Syndrome du colon irritable**
- Ostéoporose sans cause claire
- Trisomie 21, cert. PNP, dermatite herpétiforme, aphtose buccale, asthénie inexplicé
- ↑ ASAT, ALAT, Amylasémie, VS, plaquettes

IV – Comment poser le DG?

- MCA : âge moyen du diagnostic 46 ans
- Majorité de DG posé entre 40 et 60 ans
- Durée des symptômes avant que le DG ne soit posé: 5 à 10 ans

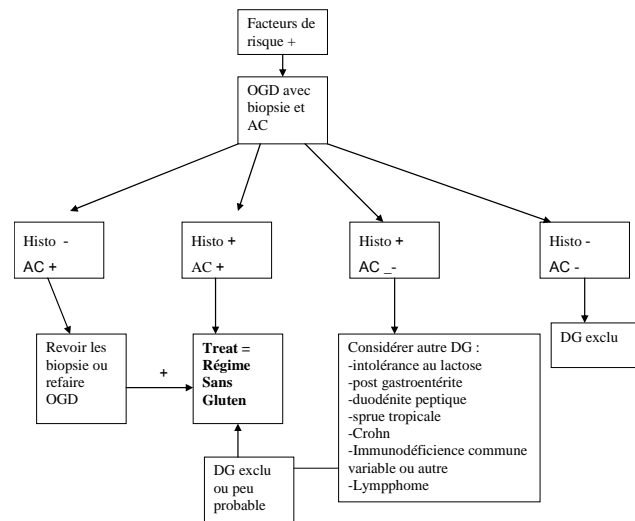
Diagnostic (suite)

- Dosage des AC anti transglutaminase (IgA) avec sens/spéc de 90-98% et 95-97% → **Bon test de dépistage**
- Dosage des AC anti-endomysium (IgA) avec sens/spéc de 85-98% et 97 à 100%
- Bonne sens/spéc mais peuvent être nég. ou bas si
 - absence d'atrophie villositaire
 - RSG (nég après 6-12 mois)
 - Déficit en IgA (souvent associé à MCA)

Diagnostic (suite)

- OGD avec biopsie:
 - Plusieurs atteintes possible: infiltration lymphocytaire de l'épithélium à atrophie des villosités (partielle ou totale)
 - Une OGD négative n'exclue pas la maladie
 - Demander recherche de coeliakie (biopsie sur duodenum distal)

Diagnostic (suite)



V- MCA et médecine de premiers recours ?

- Syndrome du colon irritable (SCI):
 - Pathologie fréquente 2.4 à 15.5% de la pop. générale
 - MCA ↔ colon irritable
 - DG de MCA chez 4 à 11% (5%) des patients avec SCI
 - 1/3 de patients avec une MCA décrivent des symptômes de type SCI
 - HLA chez patient avec SCI/diarrhées: HLA pos chez 30% (cert AC et histo nég mais aspirat avec AC pos et amélioration avec régime sans gluten)

MCA = 17 500 pt en CH dont 1000 à GE dans un collectif de patient avec SCI
(si prév. SCI = 5% et MCA chez SCI = 5%)

MCA et premiers recours (suite)

- MCA ont plus de douleur abdo. non spécifique
- Etude retrospective: 10 à 16.5% des patients avec MCA ont présenté de douleurs abdo. non spéc
- MCA: + d'intervention chir dig (App, CCK)

MCA et premiers recours (suite)

- Etude prospective multicentrique dans centre de soins primaire *Am.J Gastro 2007;102:1454*
 - Application d'une stratégie afin ↑ le DG de MCA
 - Patient: AF + , déficit inexpliqué en fer, douleur abdo récurrente, ballonnement, colon irritable, asthénie chr., maladie auto-immune, infertilité, sy de Down et Turner, ataxie
 - Dosage AC TG si pos → AC EMA , si pos → OGD avec biopsie et HLA

MCA et premiers recours (suite)

- Cas positif si:
 - » AC IgA et histo pos
 - » AC IgA pos et HLA pos avec refus d'OGD
 - » IgG EMA pos (déficit IgA) et HLA pos
- Résultats
 - 976 patients (737♀ / 239 ♂)
 - Age moyen: 54.3 ans
 - 22 cas pos (prévalence de 2.2%)

MCA et premiers recours (suite)

- 22 cas pos/976 patients (vu les critères de pour les cas pos, prévalence sous-estimée?)
- Dans les 12 mois précédents l'étude
 - 15 cas pos /54 988 patients
- ➔ **Avec la nouvelle stratégie : augmentation du nombre de cas diagnostiqué de 32 à 42 x**

VI - Combien ça coûte?

- Pas cher
- HUG:
 - AC TG 45 CHF fait 1x/semaine (dosage des IgA effectué automatiquement => ↓ FAUX nég)
 - AC EMA (Liestal)
- OGD + biopsie : 200 CHF
- Etude cout/efficacité: rentable de chercher MCA en cas de syndrome du colon irritable

Gastroenterology 2004;126:1721

Et ça rapporte quoi?

- Instauration du régime sans gluten (si bien appliqué)
 - Amélioration de la qualité de vie des patients chez 70%
 - Même chez les patients asymptomatiques, certains se sentent mieux sans pouvoir vraiment définir pourquoi
 - Diminution de complications à long terme: carences vit., anémie ferriprive, asthénie, ostéoporose, cancer (lymphome T et adenoca. intestin)

VII - Conclusion

- MCA symptomatique = pointe de l'iceberg et les formes atypiques sont les plus fréquentes
- La rechercher si
 - **Syndrome du colon irritable** et toute douleur abdo. non spécifique
 - **Etat ou anémie ferriprive** si pas d'étiol. claire (toutes les femmes n'ont pas des menstruations abondantes)
 - **Dyspepsie fonctionnelle** sans réponse au ttt
 - Mal. Auto-immune tel que **dysthyroïdie** (fréquente au SMPR)
 - Parent 1er degré, ostéoporose étio. peu claire, asthénie chronique

Conclusion (suite)

- DG facile
 - AC TG est un bon test de dépistage (si prob. faible et test nég, MCA peut être exclue)
 - AC EMA
 - OGD avec biopsie duodénum distal
- Régime sans gluten améliore les symptômes dans 70% des cas (contraignant mais traitement non médicamenteux)

MCA si vous la cherchez, vous la trouverez !

Régime sans Gluten?

- Blé, orge et seigle sont partout
 - Pain, pâtes, semoule, pâtisserie
 - Fromage à tartiner
 - Crème gélifié
 - Tous les plats préparés (farine = liant)
 - Charcuterie sauf jambon
 - Conserves et friandises
 - Bière (malt)
 - Matières grasses allégées ...

Régime sans gluten (suite)

- Produits spécifiquement sans gluten
- Riz, maïs
- Produits asiatiques
- Céréales tel que la quinoa (ou avoine)
- Au début du régime exclure le lactose car intolérance associé ou déficit transitoire de la lactase (atrophie villositaire): réintroduire par la suite?