



Association Française Des Intolérants Au Gluten

# Et si c'était le gluten ?

*Ne pas passer à côté d'un diagnostic utile  
devant une forme atypique*



AFDIAG  
[www.afdiag.fr](http://www.afdiag.fr)

# Maladie cœliaque, allergie au blé, hypersensibilité au gluten non-cœliaque

**Maladie cœliaque - intolérance au gluten** : le diagnostic repose sur la détection d'anticorps sériques spécifiques (IgA anti-transglutaminase) et la confirmation par des biopsies duodénales lors d'une endoscopie qui objectivent les anomalies histologiques suivantes : augmentation des lymphocytes intra-épithéliaux, hyperplasie des cryptes et atrophie villositaire d'intensité variable. Les patients sont génétiquement prédisposés, HLA-DQ2/DQ8. La prévalence, dans les études épidémiologiques, varie de 0,5 à 1 % de la population. La maladie cœliaque atteint toutes les tranches d'âge, enfants et adultes, et est diagnostiquée dans 20 % des cas après 60 ans. On estime que 80 % des sujets atteints ne sont pas diagnostiqués du fait de symptômes mineurs ou de formes asymptomatiques (par exemple : carence en fer uniquement).

**Allergie au blé** = réaction d'hypersensibilité immédiate avec manifestations allergiques (éruption cutanée, œdème de Quincke couplé à l'effort, choc anaphylactique dans les formes les plus graves). Elle est exacerbée par l'exercice physique qui facilite l'absorption dans l'intestin des allergènes. La réaction immune est médiée par les IgE et des IgE spécifiques ont été détectées contre des épitopes des oméga-5 gliadines et des gluténines de haut poids moléculaire. Dans ce cas, il n'existe pas d'atrophie villositaire intestinale. Il s'agit d'une pathologie moins fréquente que la maladie cœliaque.

**Hypersensibilité au gluten non-cœliaque** = symptômes évocateurs de troubles fonctionnels digestifs (douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation, ballonnement abdominal) chez des sujets diagnostiqués non-cœliaques et non-allergiques, mais qui se trouvent améliorés par le régime sans gluten. Il n'existe à ce jour aucun rationnel scientifique clairement établi. L'imputabilité du rôle du gluten reste donc à démontrer. Dans ce cas, il n'existe pas d'atrophie villositaire intestinale. Cette entité pourrait s'apparenter à un sous-groupe du syndrome de l'intestin irritable.

*Définitions G. Malamut et C. Cellier*

## Les symptômes

A = adulte • E = enfant

- Amaigrissement (A-E)
- Anorexie (A-E)
- Aphotose buccale récidivante (A-E)
- Atteinte articulaire (A-E)
- Augmentation isolée des transaminases (A-E)
- Carence en fer/anémie ferriprive (A-E)
- Dermate herpétiforme (A-E)
- Diarrhée/ballonement (A-E)
- Ostéopénie/ostéoporose inexpliquée (A)
- Retard de croissance pondérale (E)
- Retard de croissance staturale, voire nanisme (E)
- Retard pubertaire (E)

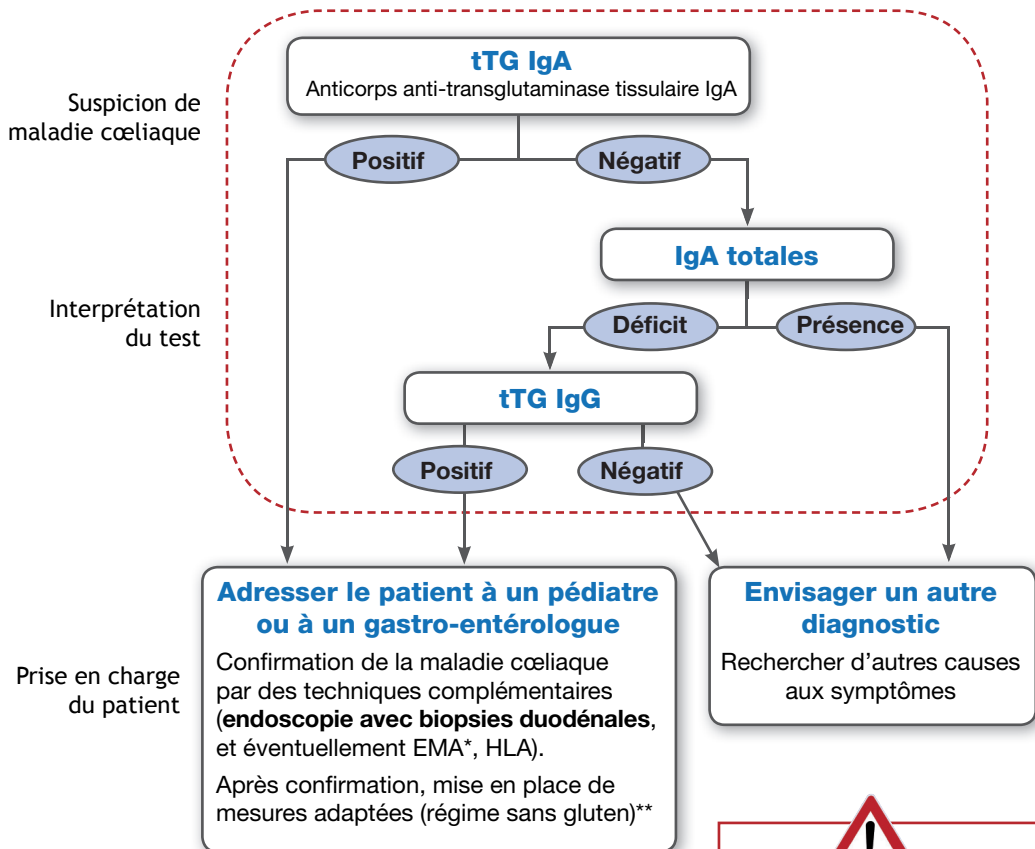
- Il y a de 5 à 10 fois plus de sujets qui présentent une maladie cœliaque parmi les diabétiques insulino-dépendants (DID).
- Parent au premier degré avec un patient cœliaque (risque multiplié par 5 à 10).



Et si c'était une maladie cœliaque ?

**NE PAS FAIRE DÉBUTER UN RÉGIME SANS GLUTEN AVANT UN DIAGNOSTIC (anticorps et biopsies duodénales)**

# Comment diagnostiquer la maladie cœliaque ?




\* EMA : anticorps anti-endomysium

\*\* Le seul résultat positif des tTG IgA ou tTG IgG sans confirmation de la maladie cœliaque avec endoscopie, par un spécialiste, ne doit pas faire débiter le régime sans gluten.



Différents tests d'intolérances alimentaires (par IgG), immunotest ou tests urinaires, se répandent mais n'ont **aucune validité scientifique.**

## La recherche d'anticorps anti-transglutaminase aide à prendre en charge correctement le patient atteint de maladie cœliaque.

- **SIMPLE** : orientation du diagnostic par une prise de sang (  ).
- **NON INVASIF** : chez l'enfant, l'ESPGHAN (Société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques) suggère, dans certains cas bien précis, de ne pas faire les biopsies duodénales : tTG IgA 10 fois supérieures à la normale, EMA positifs et HLA compatible DQ2-DQ8.
- **QUANTITATIF** : les résultats permettent le diagnostic de la maladie puis le suivi du patient.

# Vocation de l'AFDIAG

- **Défendre** les intérêts des malades cœliaques
- **Informers** les malades cœliaques, le public, les professionnels de santé et de l'alimentation
- **Soutenir** la Recherche

## Document réalisé par le Comité Médical de l'AFDIAG

### BORDEAUX

Pr T. LAMIREAU, Pr F. ZERBIB

### CLERMONT-FERRAND

Dr C. BOUTELOUP

### CLICHY

Pr Y. BOUHNİK

### CRÉTEIL

Pr O. CHOSIDOW

### DIJON

Pr F. HUET

### GRENOBLE

Pr B. BONAZ,  
Dr J.-P. CHOURAQUI

### LE KREMLIN-BICÊTRE

Pr F. CARBONNEL,  
Mme C. TERROLLE (diét.)

### LILLE

Pr P. AMOUYEL,  
Pr J.-F. COLOMBEL,

Pr B. CORTET, Pr E. DELAPORTE,  
Pr D. TURCK

### LYON

Dr F. BIENVENU, Pr B. FLOURIÉ, Pr  
A. LACHAUX

### MARSEILLE

Dr S. DESPLAT-JÉGO,  
M<sup>me</sup> M.-C. MORIN (diét.),  
Pr J. SARLES

### MONACO

Pr P. RAMPAL

### NANTES

Pr T. MATYSIAK-BUDNIK

### NICE

Pr S. SCHNEIDER

### PARIS

Pr M. ALLEZ, Pr N. BROUSSE,  
Pr C. CELLIER, Dr N. CERF-  
BENSUSSAN, Pr J. COSNES,  
Dr H. GARNIER-LENGLINE,

Pr J.-P. GIRARDET,  
Pr J.-P. HUGOT,

M<sup>me</sup> M.-A. LE BARS (diét.),  
Dr G. MALAMUT,  
Pr J. POUCHOT,

Pr J. SCHMITZ, Pr P. TOUNIAN,  
Dr V. VERKARRE, Dr J. VIALA

### REIMS

Pr G. CADIOT

### RENNES

Pr J.-F. BRETAGNE,  
Dr A. DABADIE

### ROUEN

Dr O. MOUTERDE

### STRASBOURG

Pr B. DUCLOS

### TOULOUSE

Pr J.-P. OLIVES

### TOURS

Pr T. LECOMTE

## Nos partenaires



AFDIAG  
www.afdiag.fr

AFDIAG

Association Française Des Intolérants Au Gluten  
15 rue d'Hauteville 75010 PARIS

Tél. 01 56 08 08 22 - Fax. 01 56 08 08 42

Présidente : Brigitte JOLIVET - [presidente.afdiag@gmail.com](mailto:presidente.afdiag@gmail.com)

[afdiag@gmail.com](mailto:afdiag@gmail.com) - [www.afdiag.fr](http://www.afdiag.fr)