

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence.

Mardi 26 avril 2011

Hôpital cantonal de Genève

Quand la maladie coeliaque se cache derrière des barrières culturelles et psychiatriques

Dre A. Brawand-Bron, Dr Ph. De Saussure

En Suisse, une personne sur 5 est une étrangère et à Genève c'est presque une personne sur 2.

Dans le service de médecine de 1^{er} recours (SMPR) les étrangers représentent 60-70% de la consultation (sans compter ni les « sans papiers » ni les requérants d'asile).

Pour le français parlé c'est pas toujours évident : 41% le parlent, 42% se débrouillent à peu près et 17% ne le comprennent pas.

Ça fait des malentendus, des préjugés négatifs, des diagnostics difficiles, une insatisfaction des patients, une frustration des soignants...et j'en passe...C'est pas la joie...

Sans compter que chez le médecin de 1^{er} recours (MPR) les troubles mentaux sont légions, (enfin...lisez «chez ses patients...») et que certaines études affirment d'une part qu'un tiers des patients est déprimé, et que d'autre part la moitié des déprimés ne sont pas reconnus comme tels...

La patiente dont on va parler aujourd'hui est une originaire du Kosovo, née en 1979 , en Suisse depuis 2008, année où elle a accouché d'un 1^{er} enfant.

Elle est vue 2 mois après avoir accouché pour des épigastralgies et des vomissements.

Pour l'interne le problème est probablement « psy ».

Pour le couple (car la patiente est toujours accompagnée de son mari) le problème est somatique, la preuve c'est que ça n'allait pas mieux lors d'un récent séjour au Kosovo, et d'ailleurs la mirtazipine (Remeron®) prescrite par l'interne n'a aucun effets...

Mécontentement d'une part, lassitude de l'autre, le mari décide de l'emmener consulter un médecin de ville...

Le confrère demande un CT thoraco abdominal, refait un bilan complet et c'est le triomphe de la médecine d'organes...

Il trouve, une tuberculose ganglionnaire multifocale BAAR nég., un hyperparathyroïdisme avec un adénome, une maladie coeliaque, et un état dépressif sévère.

Pour la tuberculose, le traitement «lege artis» fait disparaître les lésions, pour l'hyperparathyroïdisme pour le moment on se contente d'un traitement conservateur et d'observer, pour la coeliaquie le régime est expliqué mais n'est pas suivi et pour l'état dépressif...je ne suis pas sûr que la patiente ait accepté le traitement...

En fin de compte, on peut dire que les médecins ont bien travaillé mais la patiente ne va pas mieux... probablement l'interne du SMPR avait quand même raison...il s'agit sans doute d'une dépression post partum sérieuse...

Pour ceux qui ne le savaient pas, nous faisons donc un métier difficile, et surtout ceux d'entre nous qui s'occupent de patients originaires d'une autre culture.

Respects pour eux...

Maintenant, en ce qui concerne la coeliaquie, qui est une maladie autoimmune autoentretenu par la présence de gluten qui est une protéine, indigeste, contenue dans le blé , l'orge et le seigle, quelques précisions...

Le gluten donne l'élasticité à la mie de pain en formant un filet de mailles élastiques sans lequel le pain serait sec et friable.

Les peptides de gluten traversent l'épithélium intestinal et après avoir été déaminés par la transglutaminase , deviennent, chez les sujets prédisposés, un signal pour les lymphocytes qui s'activent, entraînent de l'inflammation et à la longue entraînent la disparition des villosités intestinales...

Il s'agit d'une réaction immunologique, mais sans hypersensibilité, donc pas d'allergie, à proprement parler.

Le test de référence pour identifier les individus sensibles, c'est le dosage des anticorps anti-transglutaminase IgA. Ceux ci ont une sensibilité et une spécificité de 98% donc difficile de faire mieux.

(comme toujours lorsque le cut-off est bas, p.ex. 15 AU/ml la sensibilité augmente et la spécificité diminue alors que dans le cas contraire, p.ex. 20 UA/ml, c'est le contraire qui se passe)

On abandonne donc les anticorps anti-endomysium, (antigliadine et antiréticuline).

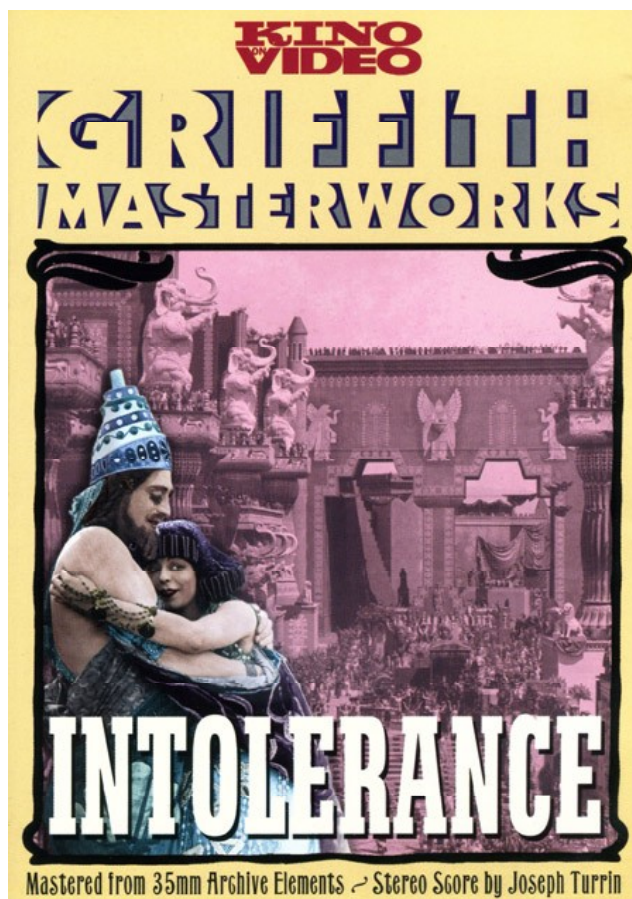
Certains labos, proposent un test sanguin afin d'identifier les patients porteurs de l'Ag HLA DQ2 ou DQ8 car 100% des patients porteurs d'une coeliaquie appartiennent à un de ces 2 groupements HLA, alors que dans le tout venant de la population européenne on n'en trouve que 30-40%.

Vous aurez compris que c'est un test utile pour exclure une coeliaquie dans le cas où il est négatif, mais que dans le cas contraire il n'apporte rien.

La prévalence de cette maladie est estimée à 0,5% avec une prévalence augmentée dans les pays scandinaves. Cette prévalence est aussi plus importante chez les patients ayant un colon irritable (2-5%).

Autrefois, la coeliaquie était une maladie de l'enfant qui présentait des diarrhées, une stéatorrhée, une perte de poids et un syndrome de malabsorption.

Actuellement, c'est une maladie de l'adulte autour de la 40aine, et les symptômes sont aspécifiques: douleurs abdominales vagues, diarrhées, fatigue, irritabilité, ostéoporose, carence en fer et vit. D, parfois on dit même: dépression et anxiété...



A partir d'une photo tirée du film ci-dessus (1916), c'est le moment de différencier l'intolérance au gluten, qui est un phénomène immunologique et qui concerne la médecine, de l'intolérance au blé, qui est une perception subjective non immunologique suite à la prise de cet aliment et qui est plutôt de domaine du « wellness » que l'on peut traduire par « bien-être »...

50% des patients sans maladie coeliaque mais avec un colon irritable sont améliorés par un régime sans gluten...

On trouve beaucoup de pseudo-rationalisations dans ces situations...

- maladie coeliaque
- maldigestion au lactose
- gastrite à *Helicobacter pylori*
- allergie alimentaire
- dolichocolon
- vaccins

- intoxications aux métaux lourds
- stress oxydatif
- candidose digestive.....etc...etc...

(Donc l'intolérance au blé sans intolérance au gluten existe, et il est juste de conseiller à nos patients ayant un colon irritable de restreindre sa consommation...)

Pour les vrais «coeliaques», le régime sans gluten (RSG) est de mise et son observation sera améliorée si le patient est soutenu au début par une psychothérapie, par une association de patients, ou simplement par un entourage compréhensif.

Souvent, le début d'un RSG est associé à une prise de poids et à une constipation qui peuvent être perçus comme défavorables...Le fait d'appartenir à une minorité et d'être «étiqueté» «pour la vie» peut s'accompagner d'un passage difficile auquel il sera bon d'être attentif.

On nous montre le film d'un patient, Julien, qui raconte les débuts de sa maladie et comment il s'arrange avec les copains, au restaurant, etc...

Julien nous raconte aussi que lorsqu'il enfreint son régime, c'est seulement après 3 semaines que les symptômes apparaissent, ce qui le différencie nettement de nos patients «intolérants» qui présentent une diarrhée ou des éternuements 2 heures après la 1^{ère} biscotte...

Pour ce qui est de la patiente présentée, montrant inappétence, dégoût alimentaire, stagnation pondérale, insomnies, tristesse et intolérance aux odeurs, on restera prudent mais l'état dépressif semble difficile à écarter...en plus de la tbc abdominale, de la maladie coeliaque, et de l'hyperparathyroïdisme.

Son mari mécanicien, habitué à changer la pièce défectueuse et à réparer le véhicule en panne, ne comprenait pas que l'on ne puisse faire la même chose avec sa femme.

En médecine, c'est souvent plus compliqué, et même quand on a identifié une pièce qui dysfonctionne, son remplacement ne garanti un retour «ad integrum», les grands diagnostics somatiques (comme ceux de la patiente d'aujourd'hui) ne permettent pas toujours de résoudre les problèmes du patient, et c'est pourquoi il est essentiel qu'au colloque du mardi l'on continue à présenter de vrais patients, en face de vrais médecins, chacun avec de vrais problèmes et non pas seulement pendant les vacances lorsque l'auditoire est au 3/4 vide.

Que ceux qui ont des oreilles pour entendre...et qui ont le pouvoir de faire changer les choses entendent...Merci de leur faire suivre....

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@hin.ch
colloque@labomgd.ch