



## Case Report

## La Maladie Cœliaque chez une Patiente Gabonaise : une Entité Rare mais Bien Réelle au Gabon

*Celiac disease in a Gabonese patient, a rare but very real entity in Gabon*

Itoudi Bignoumba PE, Maganga Moussavou IF, Eyi Nguema AG, Nzouto PD, Saibou M, Moussavou Kombila JB.

Service d'hépatologie,  
gastroentérologie et  
endoscopie digestive du  
CHU de Libreville.

**Auteur correspondant :**  
Itoudi Bignoumba Patrice  
Emery  
Hépatogastroentérologue,  
Maître-assistant  
E-mail :  
[ibpemery@yahoo.fr](mailto:ibpemery@yahoo.fr)  
Tel : 06906639. BP : 4154  
Libreville/Gabon

**Mots clés :** maladie  
cœliaque ; diarrhée  
chronique ; malabsorption

### RÉSUMÉ

Une patiente de 20 ans admise pour diarrhée chronique avec malabsorption et compliquée d'une insuffisance pondérale sévère. Le bilan endoscopique digestif semblait sans particularité. Les biopsies duodénales et coliques retrouvaient une atrophie villositaire duodénale de degrés variables avec un infiltrat lympho-plasmocytaire et des biopsies coliques normales. La positivité des anticorps anti-gliadines de type IgA et des anticorps anti-tranglutaminases de type IgA et IgG confortait le diagnostic de maladie cœliaque. La prise en charge a été multidisciplinaire basée sur une alimentation sans gluten et corrections hydroélectrolytiques permettant une évolution favorable. Cette observation révèle une méconnaissance de cette affection dans nos milieux qui conduit à un diagnostic tardif.

### ABSTRACT

A 20-year-old patient admitted to chronic diarrhea with malabsorption and complicated by severe underweight. The digestive endoscopic balance seemed uncharacteristic. Duodenal and colic biopsies found a duodenal villositar atrophy of varying degrees with Lympho-plasmocyte infiltrates and normal colic biopsies. The positivity of IgA-type gliadin antibodies and anti-tranglutaminase antibodies of IgA and IgG supported the diagnosis of celiac disease. The support has been multidisciplinary based on a gluten-free diet and hydroelectrolytic corrections allowing for a favorable evolution. This observation reveals a lack of knowledge of this affection in our circles which leads to a late diagnosis.

### INTRODUCTION

La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie caractérisée par une réponse immunologique de la paroi de l'intestin grêle en présence d'aliments contenant du gluten et responsable d'un syndrome de malabsorption [1]. Le diagnostic est habituellement établi dans l'enfance, mais peut l'être à l'âge adulte [1]. Sa prévalence dans la population noire africaine est probablement sous-estimée du fait de sa méconnaissance et de la prévalence élevée de pathologies digestives d'origine infectieuse [2]. Nous rapportons une observation de diarrhée chronique avec malabsorption où le diagnostic de maladie cœliaque a été retenu.

### OBSERVATION

Une patiente de 20 ans a été hospitalisée pour diarrhée chronique compliquée d'une insuffisance pondérale sévère. Son histoire révèle des épisodes intermittents de diarrhées pâteuses non mêlées à du sang, ni au pus ni à la glaire. La diarrhée semblait exacerbée par la consommation de produits laitiers. Les 4 derniers mois, des traitements itératifs associant mucilage, antibiotiques (métronidazole), déparasitage (albendazole), s'étaient avérés inefficaces devant une diarrhée faite de 4 à 8 selles grasses, molles et fétides par jour.

L'examen à l'admission retrouvait un indice de masse corporelle à 9,7kg/m<sup>2</sup> (28kg pour 1,7m), des œdèmes des membres inférieurs prenant faiblement le godet, une pâleur muqueuse, des cheveux cassant avec alopécie périphérique, une déshydratation mixte (pli cutané

persistant, sècheresse des muqueuses et une fébricule à 38°C) établissant ainsi le syndrome de malabsorption.

Les explorations endoscopiques haute et basse retrouvaient une muqueuse gastrique congestive. Les biopsies gastriques, duodénales et coliques retrouvaient respectivement une absence de *Helicobacter pylori* au niveau gastrique, une atrophie villositaire duodénale de degrés variables avec un infiltrat lympho-plasmocytaire sans parasitose et des biopsies coliques normales.

Le bilan biologique retrouvait des anticorps anti-gliadines de type IgA positives de même que les anticorps anti-transglutaminases de type IgA et IgG. La sérologie VIH couplée à l'antigénémie P24 était négative. Le reste du bilan retrouvait une hyponatrémie à 129mEq/L, une hypokaliémie à 2,9mEq/L. Une insuffisance rénale fonctionnelle (créatinine à 141µmol/L et urée à 14mmol/L), une anémie microcytaire à 6,4g/dL et une hypoalbuminémie à 28g/L.

La prise en charge a été multidisciplinaire (gastroentérologue, nutritionniste, psychologue et réanimateur) et a consisté à une alimentation sans gluten et aux corrections hydroélectrolytiques et nutritionnelles. Après 1 mois d'hospitalisation, elle présentait une disparition de la diarrhée, une disparition des œdèmes, une correction des troubles hydroélectrolytiques et nutritionnels avec notamment une prise pondérale de 7kg.

## DISCUSSION

Cette observation semble être la première maladie cœliaque décrite au Gabon. C'est une affection rare et rarement décrite en Afrique intertropicale [3] qui touche 1% de la population en occident [1]. Dans le Maghreb sa prévalence est variable avec en Tunisie 1/700 donneurs de sang [4] alors qu'au Sahara occidental elle est de 5,6% [4]. En Afrique sub-saharienne, des cas sont régulièrement décrits [1,3,5,6] et semblent en rapport avec à la fois une amélioration des moyens diagnostiques et une augmentation réelle de cas [1,3,5,6]. Le tableau clinique qui nous a conduit au diagnostic de maladie cœliaque est la forme typique de diarrhée chronique avec syndrome carenciel [1]. Cette présentation ne correspond qu'à 20% des formes cliniques [1]. En pratique courante, la forme typique correspond à la partie visible de l'iceberg car 80% des cas est paucisymptomatique [5]. Son diagnostic nécessite un faisceau d'arguments cliniques (inconstant), endoscopiques, histologiques (atrophie duodénale), sérologiques (inconstant) et thérapeutiques (évolution favorable sous régime sans gluten) [1]. Cette complexité diagnostique, sur des patients majoritairement asymptomatiques ou paucisymptomatiques, augmente la rareté des cas retrouvés en Afrique intertropicale [1,2,3]. La maladie cœliaque peut survenir à tout âge, mais est plus fréquente dans l'enfance, lors de l'introduction du gluten dans le régime alimentaire chez des patients génétiquement prédisposés [1,2,3]. Chez cette patiente, le diagnostic aurait pu être réalisé dans l'enfance. C'est probablement la méconnaissance de cette affection dans un environnement dominé par les diarrhées infectieuses qui explique ce diagnostic tardif [3]. La prise en charge basée sur l'éviction d'aliments contenant du gluten nécessite une éducation du patient et son entourage de même qu'un

accompagnement psychologique afin d'avoir une adhésion optimale au traitement [1].

## CONCLUSION

La maladie cœliaque est une affection présente au Gabon qui doit être systématiquement recherchée en cas de diarrhée chronique avec malabsorption.

## RÉFÉRENCES

1. Lebwohl B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. *Lancet*. 2018;391(10115):70-81.
2. Green PH, Lebwohl B, Greywoode R. Celiac disease. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135(5):1099-106
3. Coton T. Maladie cœliaque : particularités africaines. A propos de 8 cas à Djibouti. *Med Trop*. 2008 ;68 :144-48
4. Bdioui F, Sakly N, Hassine M et Saffar H. Prévalence de la maladie coeliaque chez les donneurs de sang tunisiens. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006 ; 30 :33-6
5. Catassi C, Gatti S, Lionetti E. World perspective and celiac disease epidemiology. *Dig Dis*. 2015;33(2):141-6.
6. Lionetti E, Gatti S, Pulvirenti A et Catassi C. Celiac disease from a global perspective. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2015;29(3):365-79.