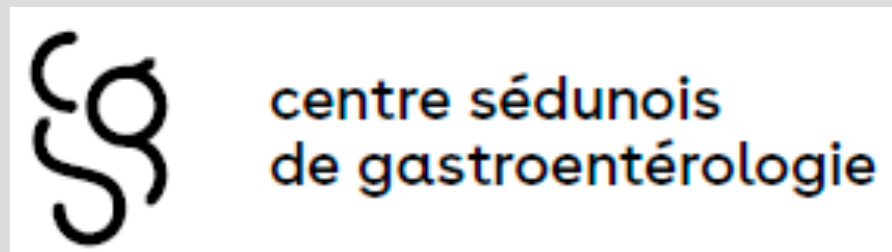




Dr med Christian Mottet, DPhil Oxford, Privat docent Unil/CHUV
Gastroentérologue FMH
Service de Gastro-entérologie Hôpital de Sion
Centre Sédunois de Gastroentérologie, Ronquos 35, 1950 Sion



Maladies inflammatoires de l'intestin autre que MICI

Maladie coeliaque: Le gluten

Helicobacter pylori

Œsophagite à éosinophiles

Colite microscopique

Maladies inflammatoires de l'intestin autre que MICI

Maladie coeliaque: Le gluten

Helicobacter pylori

Œsophagite à éosinophiles

Colite microscopique

Maladie coeliaque: symptômes

Tableau clinique très variable. Signes et symptômes peuvent apparaître à tout âge, **les plus courants** :

1 **Gastro-intestinaux**,
généralement légers,

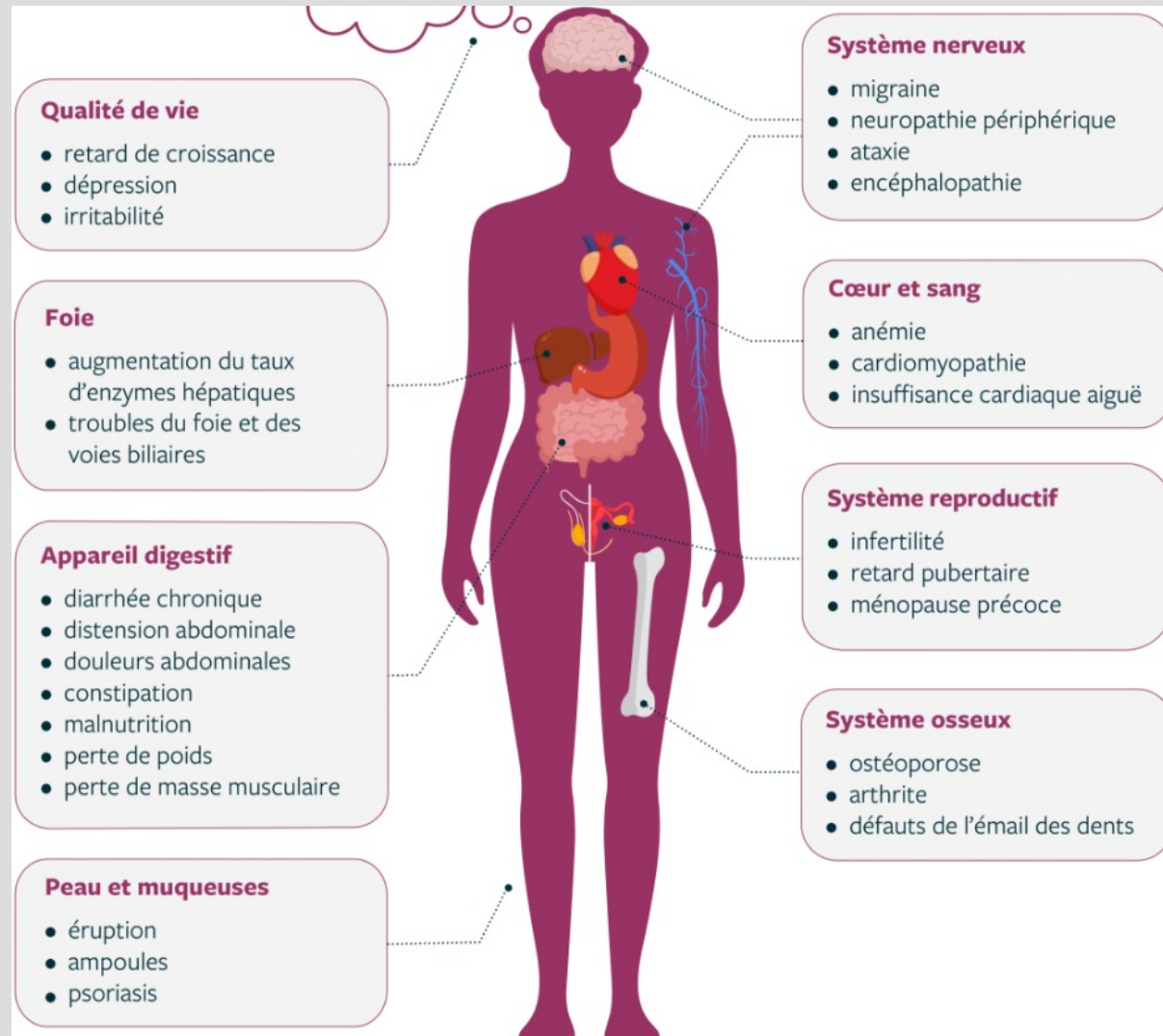
-diarrhée

-distension abdominale

2 **Carence fer** (+/- anémie)

3 **Fatigue** chronique

4 **Ostéoporose**



Maladie coeliaque: symptômes

Tableau clinique très variable. Signes et symptômes peuvent apparaître à tout âge, **les plus courants** :

1 **Gastro-intestinaux**, généralement légers,

-diarrhée

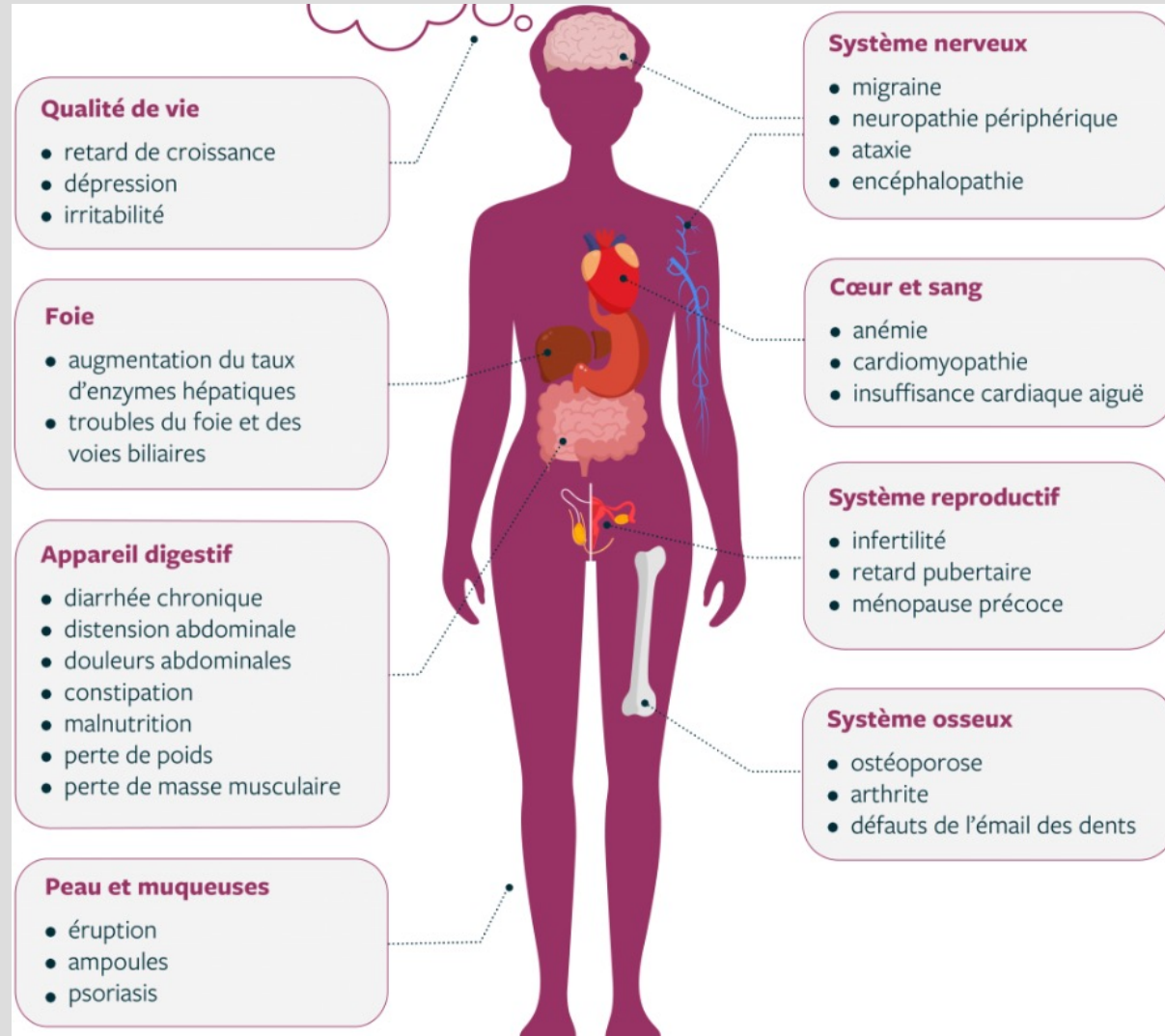
-distension abdominale

2 **Carence fer** (+/- anémie)

3 **Fatigue** chronique

4 **Ostéoporose**

Dermatite herpétiforme
Prurit bilatéral

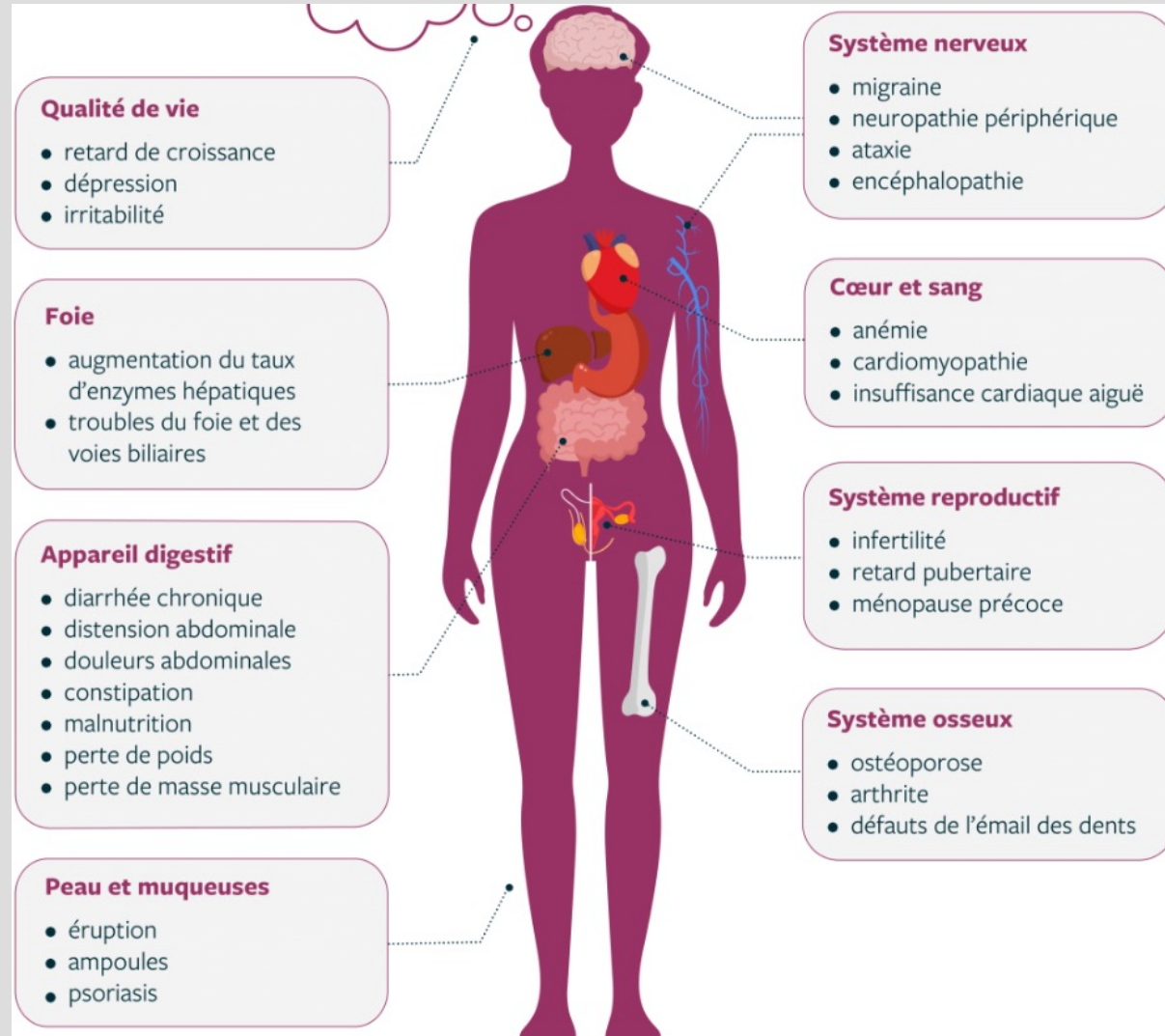


Maladie coeliaque: symptômes

Tableau clinique très variable. Signes et symptômes peuvent apparaître à tout âge, **les plus courants** :

- 1 Gastro-intestinaux**, généralement légers,
 - diarrhée
 - distension abdominale
- 2 Carence fer** (+/- anémie)
- 3 Fatigue** chronique
- 4 Ostéoporose**

Dépistage!
Ac anti-TGIGA
~1% de la population



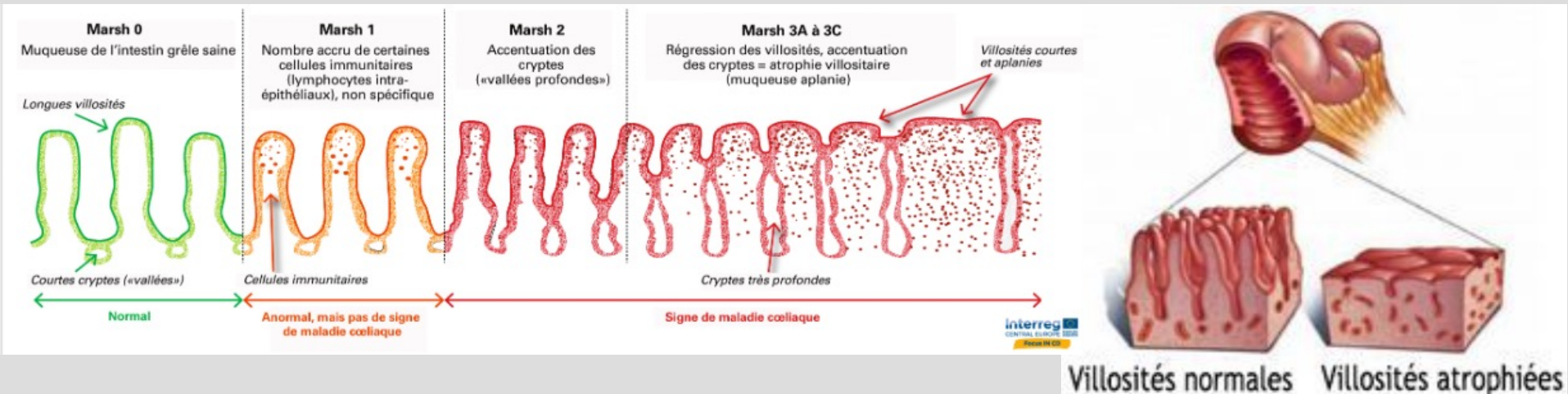
Maladie coeliaque : diagnostic

-anticorps anti transglutaminase IgA et IgA totaux

Très bonne sensibilité et spécificité

-histologie duodéanales (lymphocytose et atrophie)

qui s'améliorent avec **régime sans gluten strict (en 12-24 mois!)**.



Prédisposition génétique HLA-DQ2 ou HLA-DQ8,

-condition **nécessaire** «Tous» HLA-DQ2 ou HLA-DQ8

-**pas suffisante** présent chez ~40% de population européenne

NB 10 % chez les parents de premier degré d'un patient atteint.

Maladie coeliaque: le gluten de «glue» gluant = colle

Interdits

Blé,
Froment,
Epeautre,
Kamut,
Seigle et Orge

Aliments et ingrédients contenant du gluten

Atta (farine de chapati)	(Amidonier)*	Pain azyme, matza
Orge (flocon, farine, perlée)	Farina® (céréale)	Amidon de blé modifié
Bière, ale, lager (fabriqué à partir d'orge, de blé et / ou de seigle)	Fécule de blé Farro (aussi connu sous le nom de dinkel ou d'épeautre)*	Avoine, son d'avoine, farine d'avoine et gruau d'avoine entier ***
Produit de boulangerie et leur farce	Freekeh (jeunes grains de blé vert rôtis)	Pâtes
Levure de bière	Fu**	Pain et farine de seigle
Boulghour	Farine Graham	Seitan ****
Couscous	Protéines de blé hydrolysées	Semoule
Dextrine	Kamut*	Épeautre (aussi connu sous le nom de dinkel farro ou faro)*
Dinkel (aussi connu comme farro, faro ou d'épeautre)*	Malt, extrait de malt, sirop de malt, arôme de malt	Triticale
Blé dur ambré*	Orge maltée et farine d'orge maltée	Son de blé
Einkorn*	Vinaigre de malt	Farine de blé
Emmer	Lait malté	Germe de blé
		Gluten de blé
		Amidon de blé

* Types de blé

Permis Millet, Riz, Sarrasin, Maïs, Quinoa, Amaranthe, Avoine
(sous réserve de contaminations importantes donc certifié sans gluten)

Plus de gluten, plus élastique.
→ des pains gonflés et moelleux.



Quantité de gluten admissible dans le cadre du régime sans gluten?

Très difficile de définir une quantité admissible de gluten dans les aliments. **Limite légale en CH de «sans gluten» $\leq 10\text{mg}/100\text{g}$**
Normes internationales $\leq 2\text{mg}/100\text{g}$ pour produits naturellement sans gluten, et $\leq 10\text{mg}/100\text{g}$ pour produits issus d'ingrédients contenant du gluten (p. ex. amidon de blé très purifié).

Produits qui contiennent $>10\text{mg}/100\text{g}$ sont à proscrire.

«Les produits contenant des quantités de gluten $\leq 10\text{mg}/100\text{g}$ peuvent être consommés en quantité raisonnable.

En cas de grosse consommation d'un aliment contenant, p.e. $9\text{mg}/100\text{g}$, une personne relativement sensible pourrait dépasser le seuil au-delà duquel des symptômes apparaissent.

C'est pourquoi nous recommandons de ne pas consommer plusieurs produits légèrement contaminés au cours de la même journée».



FR-000-000

Logo «épi barré»
<2mg/100g

www.coeliakie.ch

www.afdiag.fr

www.celiac.ca/fr/

Hypersensibilité non coeliaque aux protéines du blé

ballonnements, diarrhée, douleurs abdominales
et extradigestifs (fatigue, irritabilité)

Pas de test sanguin
ni histologique

10-20% de la population

améliorés par le régime
pauvre / sans «gluten».

Mécanisme: Mauvaise digestion ? de protéines (autres que le gluten? ATI ?)
contenues dans le blé / activation du système immunitaire inné (← →
adaptatif pour la maladie coeliaque)



– Du glyphosate dans vos aliments: le test d'ABE

L'émission du 6 juin 2017

En septembre 2015, ABE révélait qu'il y avait des résidus de glyphosate dans l'urine de près de 40% d'un échantillon de la population romande. Aujourd'hui,



– Un deuxième test de glyphosate effectué par l'OSAV

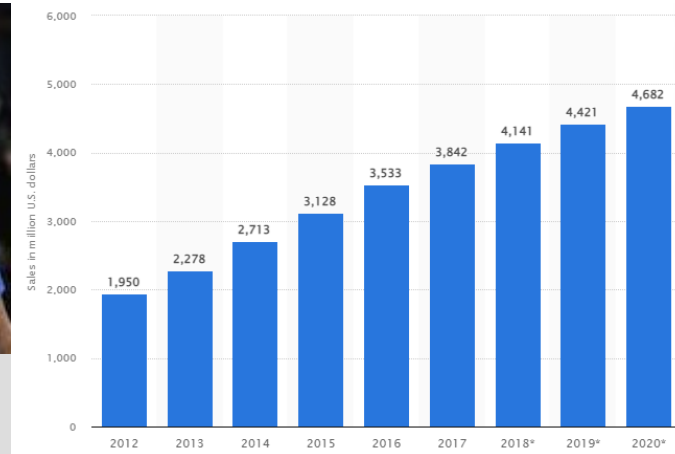
Suite à un postulat de la Commission de la Science qui demande une étude sur l'impact du glyphosate, l'Office fédéral de la sécurité alimentaire (OSAV) a testé 170 produits alimentaires de toutes sortes dans ses propres laboratoires à Berne. Ces produits ont été sélectionnés car fabriqués avec des matières premières provenant de l'étranger où l'usage du glyphosate est plus intensif qu'en Suisse. Des traces ont été découvertes dans toutes les catégories de denrées alimentaires. Aucune trace n'a été détectée par contre dans les produits pour bébés et pour les enfants. A l'image du test organisé par ABE, des résidus plus importants ont été trouvés dans les produits à base de céréales. Le rapport de l'OSAV sera transmis à l'Office Fédéral de l'Agriculture qui décidera des éventuelles mesures à prendre. Mais pour le responsable de l'évaluation des risques de l'OSAV, aucune mesure urgente ne doit être prise, car les traces retrouvées sont très faibles.



Désherbant
Probable
cancérogène

«Il est interdit en Suisse d'appliquer des produits contenant du glyphosate peu avant la récolte comme cela se pratique dans certains pays sur les céréales afin d'accélérer leur maturation»

Sans gluten : une mode ? Un big business ?



Le gros business du "sans gluten"



ATTENTION aux produits de **substitution de basse qualité** manquant d'oligoéléments, de vitamines

Amidon de basse qualité à **haut index glycémique**

Maladies inflammatoires de l'intestin autre que MICI

Maladie coeliaque: Le gluten

Helicobacter pylori

Œsophagite à eosinophiles

Colite microscopique

Ulcère duodénal

- Prévalence 5% des adultes
- En baisse depuis 40 ans
- Maladie chronique récidivante
 - guérison spontanée sans traitement
 - 60% de récurrence à 1 an, 80% à 2 ans
- Si *H. pylori* est présent, son élimination abolit le risque de récurrence

Raillés!
Marshall
Postulat de Koch (culture de Hp)
Auto-inoculation → ulcère!
→ traité par AB!

The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2005

The Nobel Assembly at Karolinska Institutet has awarded the Nobel Prize in Physiology or Medicine jointly to **Barry Marshall** and **Robin Warren** for their discovery of the bacterium *Helicobacter pylori* and its role in gastritis and peptic ulcer disease. Thanks to this pioneering discovery, peptic ulcer disease is no longer a chronic, frequently disabling condition, but a disease that can be permanently cured.



Barry Marshall
Born 1951
Helicobacter pylori
Research Laboratory,
Queen Elizabeth II
Medical Centre,
Nedlands, Perth,
Australia.



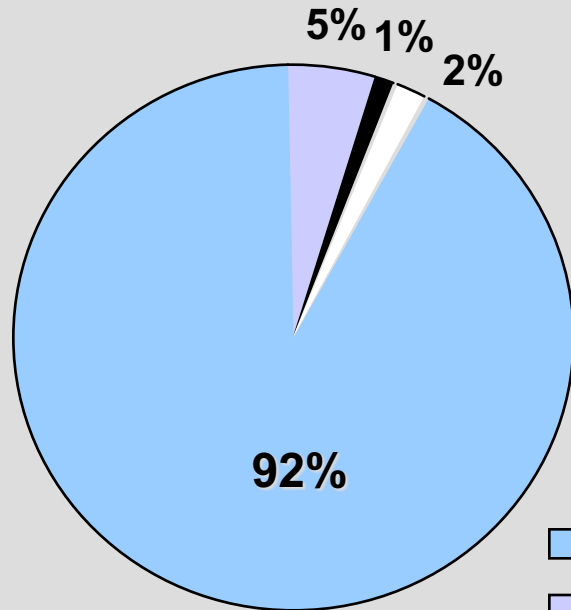
Robin Warren
Born 1937
Department of
Pathology, Royal
Perth Hospital,
Perth, Australia.

Royal Perth Hospital

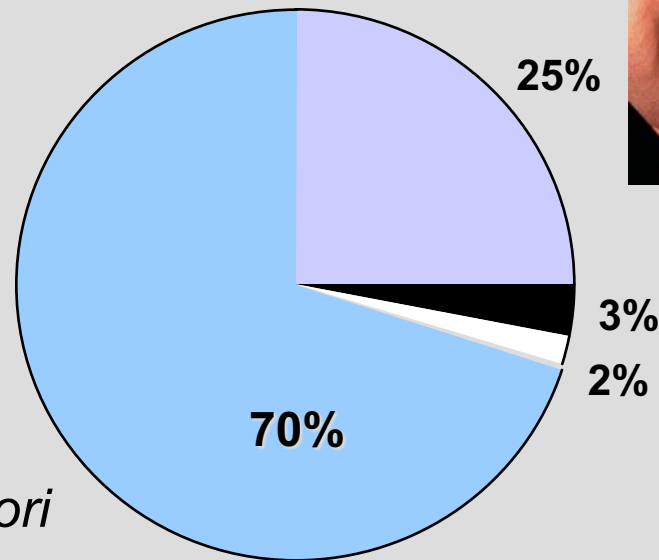
Etiologies des ulcères





Marshall 1994

Ulcères duodénaux



Ulcères gastriques



-  *H. pylori*
-  AINS
-  Cancer
-  Autres (Z-E, Crohn, insuf. rénale, cirrhose, hyperparathyr., mastocytose, herpes simplex, BPCO)

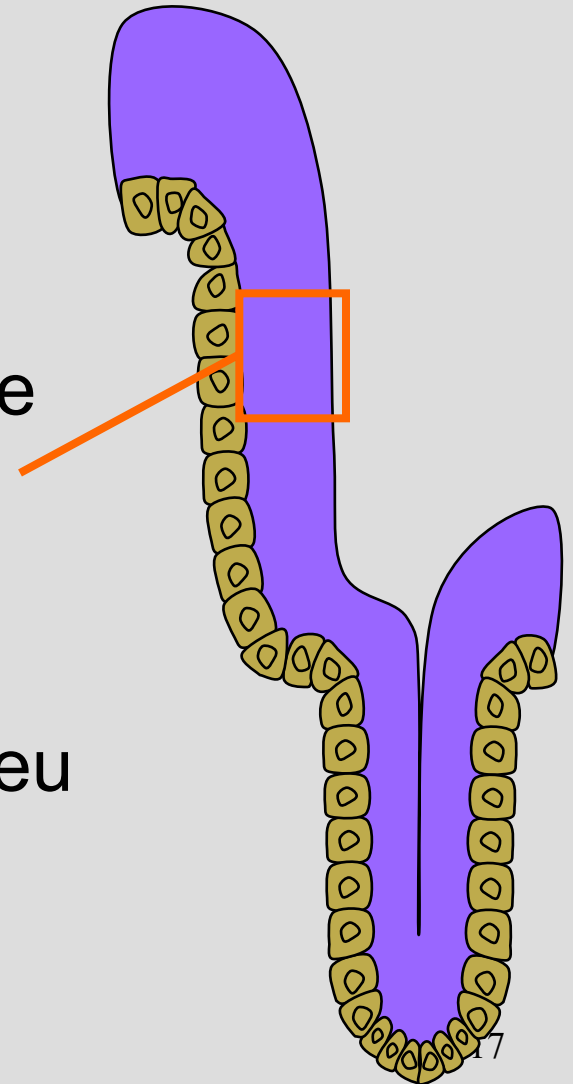
Helicobacter pylori



Helicobacter pylori

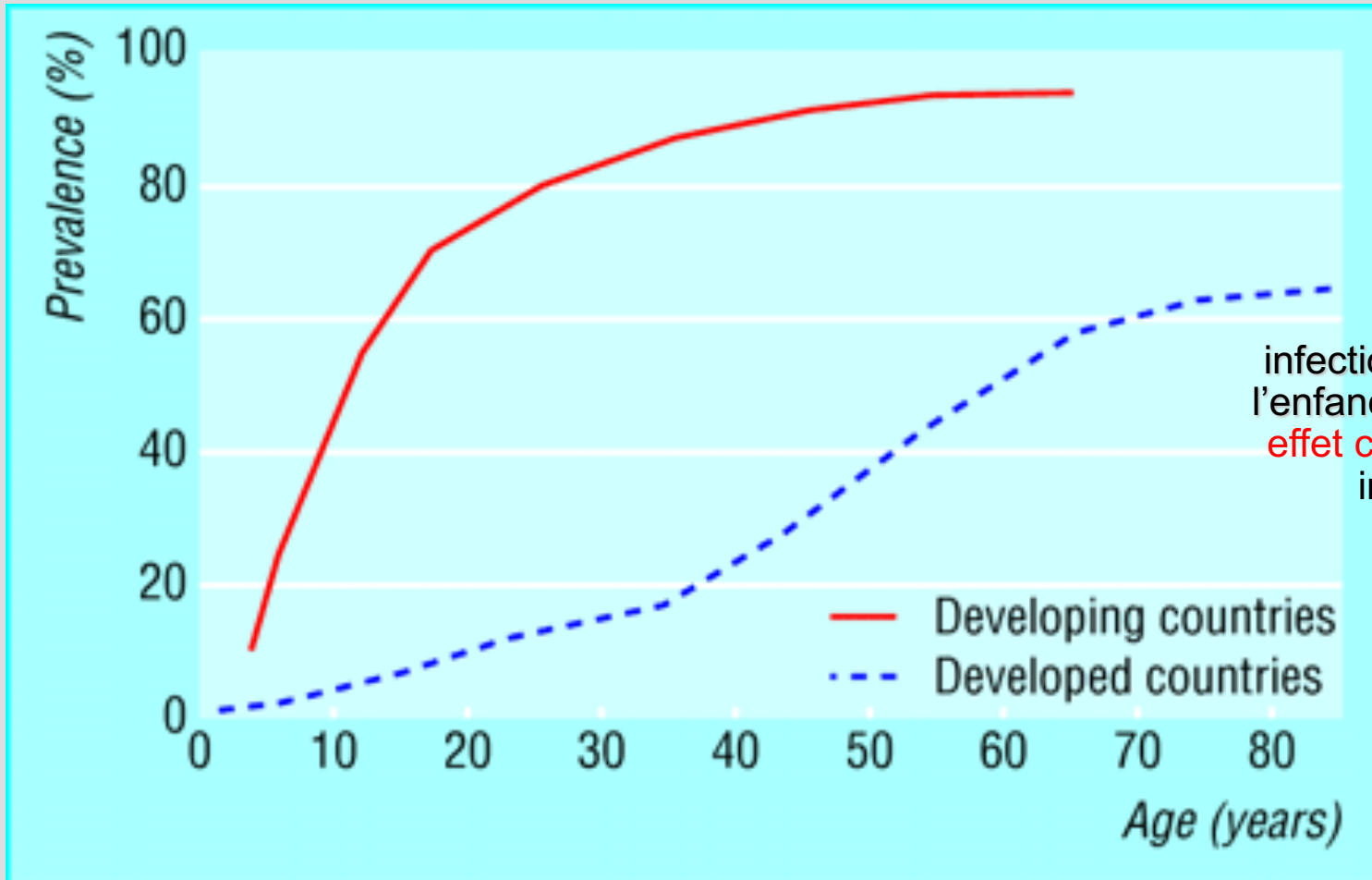
Caractéristiques bactériennes

- Bacille Gram négatif spiralé très motile (3-5 **flagelles** polaires)
- localisé **dans** le **mucus** et à la surface de la muqueuse gastrique
- **Forte activité uréasique:**
urée \rightarrow $\text{NH}_3 + \text{CO}_2$
requis pour la colonisation de l'estomac, pour vivre dans le milieu très acide de l'estomac



Helicobacter pylori

Prévalence de l'infection dans pays en voie de développement vs. industrialisés



infection acquise durant l'enfance (avant 1945) → effet cohorte dans pays industrialisés

Helicobacter pylori

1) SOURCES/TRANSMISSIONS

Orale-orale

Transmission verticale

mère-enfant, entre enfants, vomissements (?)

Environnement

eau, selles

Fécale-orale

Animal? (chat, chien, cochon ...)

2) FCT DE RISQUE

Infection dans la famille

mère infectée (risque >>> que père infecté), sœur/frère aîné infecté

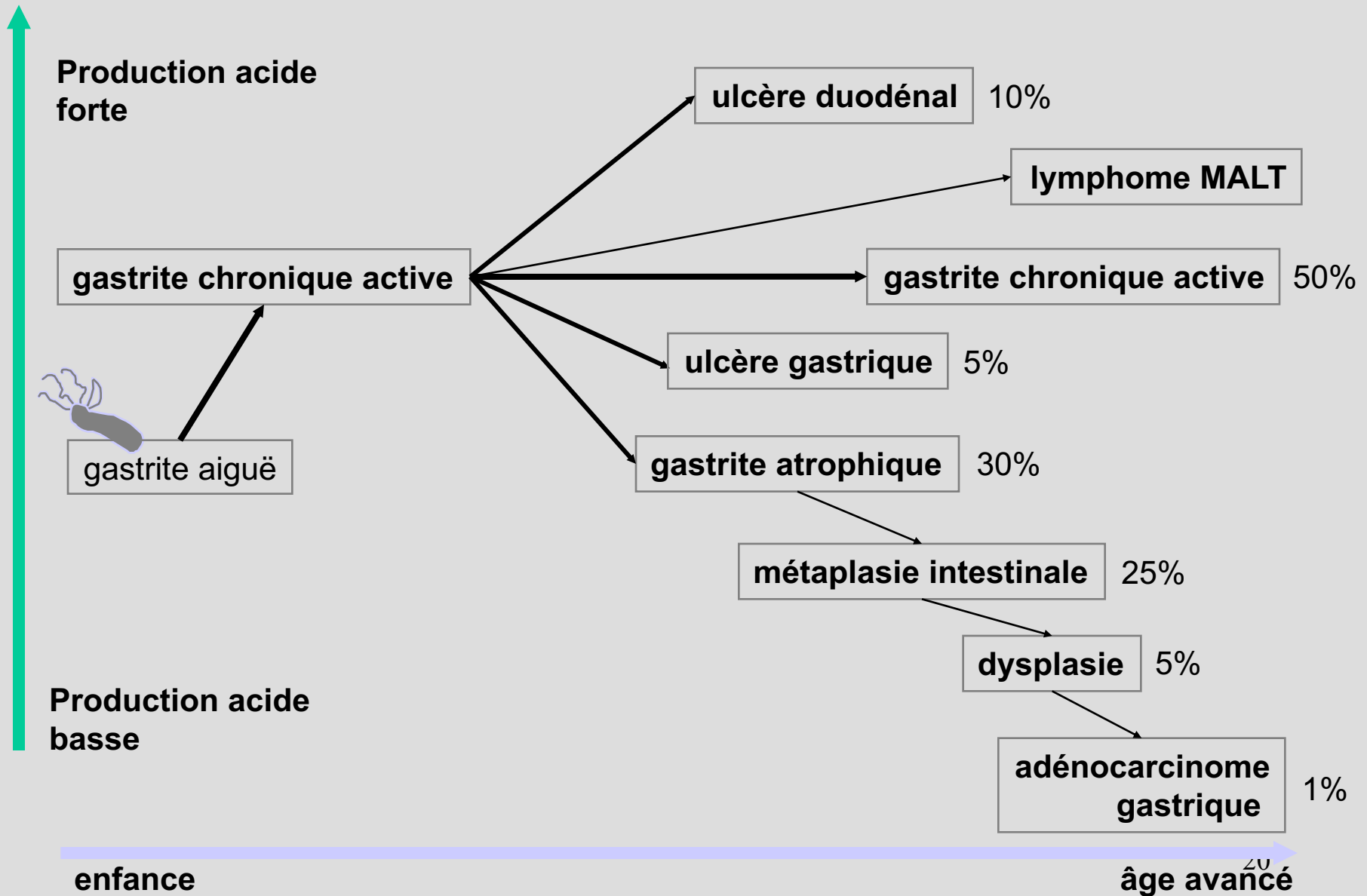
Facilités domestiques restreintes

partager son lit dans l'enfance, habitation surpeuplée

Conditions d'hygiène inadéquates

absence d'eau courante, absence d'égouts communaux

Conséquences de l'infection par *H. pylori*



Helicobacter pylori et tumeurs gastriques

- Association entre infection par *H. pylori* et développement de cancer gastrique (RR: 2-18)
 - L'élimination de l'infection diminue le risque d'adénocarcinome (étude randomisée prospective au Japon, Uemura 2001)
 - *H. pylori* reconnu comme **carcinogène type 1** (IARC-WHO 1994)
- Types de tumeurs:
 - adénocarcinomes types diffus et intestinal, associés avec polymorphisme IL-1b (El-Omar, Nature 2000)
 - lymphomes B type MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue)

Recommandations de Maastricht V-2017

Indications avec forte recommandation d'éradication

- Ulcère peptique
- Lymphome MALT
- Gastrite atrophique
- AF+ pour cancer gastrique (1^{er} degré)
- Status après résection endoscopique/chirurgicale de cancer gastrique
- Désir du patient (après discussion détaillée)

Maastricht / Florence VI-2021

Traitement de première intention

- Combinaison d'un IPP avec
 - 2 antibiotiques si low resistance,
 - 3 antibiotiques si high resistance

clarithromycine (C) 500 mg 2x/j (si résistance <15-20%)

amoxicilline (A) 1g 2x/j

métronidazole (M) 500mg 2x/j (1er choix si résist. <40%)

- **Durée:** 10-14j

PYLERA®

Chaque gélule contient 140 mg sous-citrate de bismuth potassique (équivalent à 40 mg d'oxyde de bismuth), 125 mg de métronidazole et 125 mg de chlorhydrate de tétracycline.

- En combinaison avec l'inhibition d'acide par l'Omeprazol,
- -chez des patients ayant une thérapie précédente sans succès avec une combinaison de trois médicaments
- ou
- -chez des patients chez lesquels une infection à *H. pylori* résistant à la clarithromycine a été détectée avec certitude ou du moins avec une forte suspicion

Tableau 1: Schéma posologique quotidien de Pylera

Heure de la prise	Nombre de gélules de Pylera®	Nombre de gélules/comprimés d'Omeprazol de 20 mg
Après le petit déjeuner	3	1
Après le déjeuner	3	0
Après le dîner	3	1
Au moment du coucher (de préférence après une collation)	3	0

Cas 1

Homme de 25 ans

Admis aux urgences pour impaction œsophagienne alimentaire

«ça coince» depuis 2 ans, plutôt le pain, le riz, la viande (avec prudence!) , les solides jamais les liquides, mais je dois manger lentement, en mâchant bien et en buvant de l'eau, cela a toujours finalement passé ... sauf aujourd'hui

Pas de perte de poids

ATCD : Appendicectomie Rhinite allergique

Maladies inflammatoires de l'intestin autre que MICI

Maladie coeliaque: Le gluten

Helicobacter pylori

Oesophagite à éosinophiles

Colite microscopique

Œsophagite à éosinophiles

Dysphagie intermittente (29-100%)

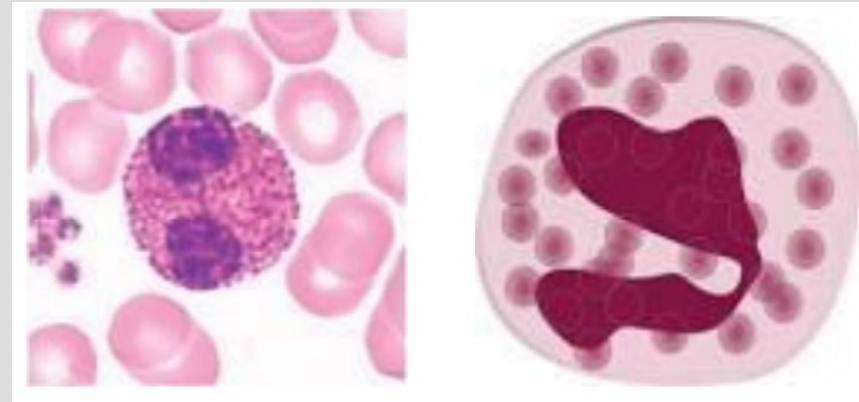
Impaction alimentaire (25-100%)

Symptômes similaires au RGO sans réponse aux IPP :

- nausée/vomissement
- régurgitations
- Pyrosis

Terrain allergique (70-80%)

Les **granulocytes éosinophiles** (ou plus simplement « **éosinophiles** ») sont des cellules sanguines de la lignée blanche (leucocytes) impliquées dans le **système immunitaire inné**, notamment dans les phénomènes d'**allergie** et de défense **antiparasitaire/helminthes (vers)**



Cas 1

Homme de 25 ans

Admis aux urgences pour **impaction** œsophagienne alimentaire

«ça **coince**» depuis 2 ans, plutôt le pain, le riz, la viande (avec prudence!) , les **solides** jamais les liquides, mais je dois manger **lentement**, en **mâchant** bien et en buvant de l'eau, cela a toujours finalement passé ... sauf aujourd'hui

Pas de perte de poids

ATCD : Appendicectomie **Rhinite allergique**

Œsophagite à éosinophiles: OGD

A Œsophage annelé,
pseudotrachéal

B Sillons oesophagiens linéaires

C Points blanc papules ou
exsudats blanchâtres adhérents

D Muqueuse en papier crêpe,
décollement de la muqueuse lors
de prise de biopsie

Œsophage de calibre réduit,
sténosé

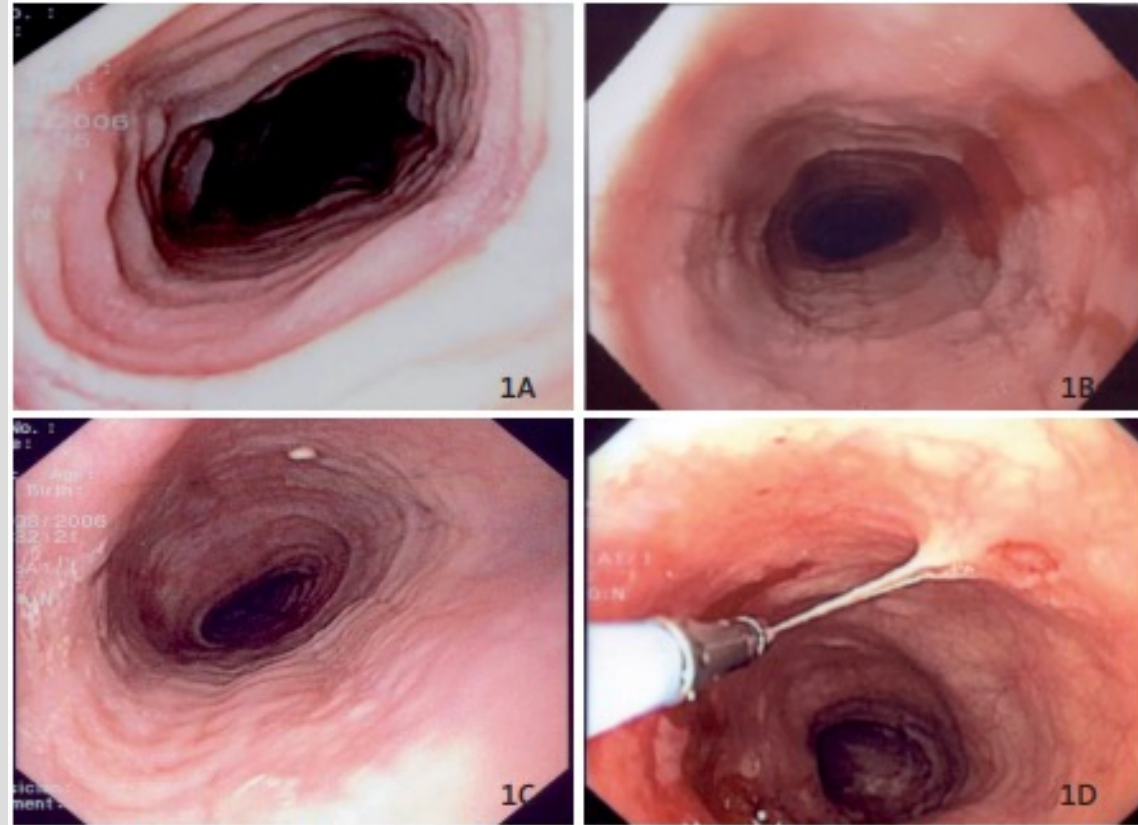
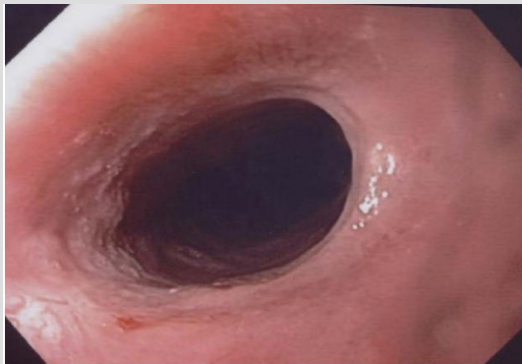


Figure 1. Aspects endoscopiques d'œsophagite à éosinophiles. A : Aspect pseudo-trachéal B : Sillons longitudinaux ; C : Exsudats (dépôt blanchâtre) associés à des sillons et un aspect pseudo-trachéal (moins marqué qu'en A) ; D : décollements muqueux lors les biopsies réalisant une œsophagite disséquante

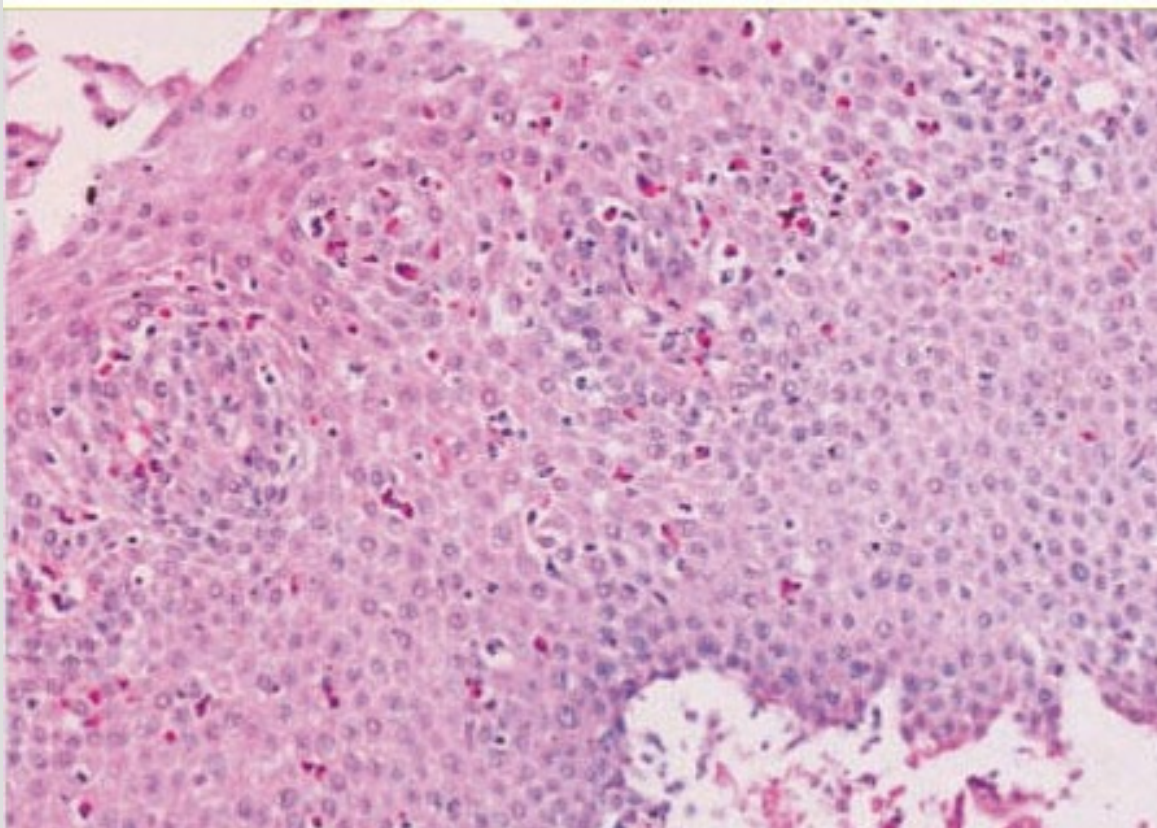
Aspect endoscopique normal dans 10 à 25% des cas

Biopsies systématiques en cas de dysphagie inexplicée

Œsophagite à éosinophiles: diagnostic histologique

Œsophage distal vs œsophage proximal

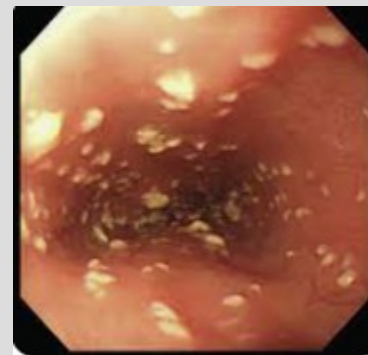
≥ 15 éosinophiles intrapéthéliaux / HPF Microabcès à éosinophiles



Traitement : les 3 D

Drugs : Budésonide (JORVEZA® ou sirop du budésonide en PM)

Effets secondaires : candidose buccale (1%) œsophagienne (5-30%)



Dilatation quand sténose



Before dilation

After dilation

BougieCap

12 mm

14 mm

16 mm

Esophageal diameter (mm)

Before dilation

After dilation

$P < .001$

© ASGE / G

Technical feasibility, clinical effectiveness, and safety of esophageal stricture dilation using a novel endoscopic attachment cap in adults with eosinophilic esophagitis

Alex M. Schaeffler MD FRCPC, Sarah Hendrix MD PhD, Luc Biederman MD, Philipp Schreiber MD, Thomas Gruber MD, Antoine Reinhard MD, Jendrik Sonn MD, Anwar Fakhri MD, Emanuel Surri MD, Pascal Julierat MD, MPH, Hans-Uwe Simon MD, PhD, Alex Straumann MD, Estelina Salazar PhD, Sebastian Godat MD

<https://doi.org/10.1016/j.gie.2021.05.017>

How to contribute?
Contact me or Dr Godat if you have an EoE patient in need of dilatio

Dîète

Diète-Régime ?

Régime d'exclusion « 6 aliments »

Produits laitiers 50-60%

Blé 28-60%

Légumineuses/noix 10-25%

Soja 10-25%

Œufs 5-28%

Poissons/fruits de mer 20%



75% de rémission clinique et histologique

absence de concordance entre les résultats des tests allergiques cutanés et la positivité d'un test de réintroduction alimentaire

Cas 2

Femme de 65 ans

Depuis 4 semaines diarrhées liquidiennes sans sang jour et nuit, 15 x la journées, 10x la nuit

Fumeuse, Pas de perte de poids

Traitement d'IPP et AINS car douleurs articulaires depuis des mois, antidépresseur Sertraline un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Maladies inflammatoires de l'intestin autre que MICI

Maladie coeliaque: Le gluten

Helicobacter pylori

Œsophagite à éosinophiles

Colite microscopique

Cas 2

Femme de 65 ans

Depuis 4 semaines diarrhées liquidiennes sans sang jour et nuit, 15 x la journées, 10x la nuit

Fumeuse, Pas de perte de poids

Traitement d'IPP et AINS car douleurs articulaires depuis des mois, antidépresseur Sertraline un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Exclure cause infectieuses, parasitaires. > 4 semaines = chronique ,
Calprotectine ... et

Cas 2

Femme de 65 ans

Depuis 4 semaines diarrhées liquidiennes sans sang jour et nuit, 15 x la journées, 10x la nuit

Fumeuse, Pas de perte de poids

Traitement d'IPP et AINS car douleurs articulaires depuis des mois, antidépresseur Sertraline un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Colite microscopique : symptômes / évolution

Femme > Homme surtout colite collagène, âge moyen 65 ans.
Facteur de risque : **tabac** (actuel ou ancien)

Clinique

- Diarrhées **chroniques non sanglantes** (5-10 selles/j, 22% ont >10 selles/j), parfois (27%) **nocturnes**, **début progressif** (60%)
- Symptômes associés : crampes abdominales (40%), incontinence anale, perte pondérale modérée (40%)
- Manifestations **extra-digestives**
 - Arthrite (5-7%) : Mono ou oligo-arthrite séronégative, non destructive
 - Autres manifestations **auto-immunes** (5-15% des cas) Uvéites, Sjögren, Horton, Myasthénie grave, thyroïdite, sclérodermie, Biermer, diabète, arthrite rhumatoïde
- Association avec la **coeliakie** 5-10% des patients avec colite microscopique (**surtout CL**).



Histoire naturelle

- CC Habituellement évolution chronique
- souvent rémissions spontanées pour la CL ou évolution fluctuante par phases de rémissions et d'exacerbations.
Après 4 ans : rémission spontanée pour CL : 60-93%, pour CC : 2-90%

Colite microscopique : traitement

Traitement le plus efficace et le mieux documenté :

Budésouide 9 mg/j, tenter un sevrage progressif 3-4 semaines après la rémission clinique, 6mg puis 3mg puis STOP.

CC : 60% rechute à l'arrêt, mais répond bien à la réintroduction du budésouide.

Mésalazine 2.4 g/ + **Cholestyramine** 4g/, efficacité >80% des cas dans la **colite collagène** (prospective randomisée)

Colite microscopique **induite par les médicaments** (score Beaugerie et Pardi) : **ARRET DES MEDICAMENTS**

POTENTIELLEMENT IMPLIQUES

Haute probabilité : aspirine et **anti-inflammatoires non stéroïdiens**, lansoprazole, **omeprazole**, esomeprazole, ranitidine, **sertraline**, ticlopidine (Plavix®) .