



## Une entéropathie exsudative secondaire à une maladie coéliqua révélée à un âge tardif

Ghribi M, Mekki S, Bouattour Y, Frikha F, Snoussi M,  
Ben Hamad M, Ben Salah R, Dammak C, Marzouk S,  
Bahloul Z  
Service de médecine interne CHU Hedi Chaker Sfax

### Introduction :

L'entéropathie exsudative (EE) est définie par une perte excessive de protéines plasmatiques dans le tube digestif. Cette exsudation digestive peut être causée soit par un obstacle au drainage lymphatique intestinal, soit par une altération de la barrière épithéliale.

Nous rapportons un cas particulier d'une EE secondaire à une maladie coéliqua (MC) et révélée par un syndrome œdémateux.

### Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 42 ans, sans antécédents particuliers, admise au service de médecine interne en janvier 2021 pour prise en charge d'un œdème des 2 membres inférieurs (MI).

Son histoire de la maladie remonte à 5 semaines avant son admission marquée par l'installation de diarrhées non glairo-sanglantes. L'évolution était marquée par l'installation d'un œdème des 2 MI d'où son admission. A l'interrogatoire, la patiente signalait la notion d'un amaigrissement associé à une asthénie. Cliniquement, elle était apyrétique, elle avait une pâleur cutanéomuqueuse avec un sub-ictère conjonctival. L'auscultation pulmonaire avait montré une diminution des murmures vésiculaires des 2 champs pulmonaires. Elle avait aussi une ascite et un œdème des 2 MI.

Biologiquement, elle avait une anémie à 8.8 g/dl, une lymphopénie à 630 elm/mm<sup>3</sup>, une cytolysé hépatique à 11 fois la normale avec une cholestase (GGT à 10 fois la normale), un TP bas à 41 % corrigé par l'adjonction de la vitamine K avec un dosage du facteur V normal à 87%, des stigmates de malabsorption avec hypocholestérolémie, hypocalcémie. A l'EPP, elle avait une hypo protidémie à 27g/l, une hypo albuminémie à 14 g/l et une hypogamma à 2.8g/l, la protéinurie de 24 heures était négative, l'enquête infectieuse était négative, le bilan thyroïdien était normal et les AAN ainsi que les anticorps anti-tissus étaient négatifs.

La radiographie thoracique avait objectivé une pleurésie bilatérale. L'ETT avait montré une péricardite de faible abondance non constrictive sans insuffisance cardiaque. Le scanner abdominale avait montré un épaississement circonférentiel et diffus des anses grêles avec une ascite de grande abondance.

Devant la forte suspicion d'EE, un dosage de la clairance de l'alpha 1 anti-trypsine a été demandé revenant élevé avec une clairance > 1800ug/g. Dans le cadre d'exploration étiologique de cette EE, les anticorps anti-transglutaminase étaient fortement positifs > 200 u/ml, avec à la FOGD présence d'une atrophie duodénale. L'histologie avait montré un aspect cadrant avec une MC stade III B.

D'où le diagnostic d'une MC compliquée d'une EE était retenu.

La patiente était traitée par des perfusions d'albumine et un régime sans gluten avec une bonne évolution, régression du syndrome œdémateux, amélioration des stigmates de malabsorption et normalisation du bilan hépatique.

### Conclusion:

l'EE est une pathologie rare qu'il faut y penser devant toute fuite digestive de protéines. Malgré que la MC figure parmi les causes digestives les plus fréquentes de l'EE, cette association est rarement décrite dans la littérature.