

I Analyse bibliographique

Existe-t-il une association entre la maladie cœliaque et l'anorexie mentale ?

MARILD K *et al.* Celiac disease and anorexia nervosa: a nationwide study. *Pediatrics*, 2017;139:in press.

La maladie cœliaque est une pathologie auto-immune touchant 1 à 2 % des populations européennes dans laquelle le gluten ingéré entraîne une destruction des villosités intestinales. Le diagnostic est suspecté devant des troubles digestifs mais également devant un retard de croissance ou pubertaire. Le traitement est basé sur un régime sans gluten au long cours. L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire avec une perte de poids et une modification de l'image corporelle. Les filles adolescentes sont principalement atteintes. Or, depuis quelques années, il est suggéré que les maladies nécessitant des régimes diététiques spécifiques comme les allergies alimentaires ou le diabète de type 1 seraient plus souvent associées à une anorexie mentale. Concernant la maladie cœliaque, quelques descriptions cliniques ont rapporté une association avec l'anorexie mentale.

Le but de ce travail était de voir, à partir d'une étude de population, si les individus présentant une maladie cœliaque prouvée avaient un risque augmenté d'anorexie mentale avant ou après le diagnostic de la maladie digestive. L'objectif secondaire était d'observer si une association existait entre une maladie cœliaque silencieuse et latente et une anorexie mentale.

17 959 patients présentant une maladie cœliaque avec une atrophie villositaire (MARSH III), 7 455 patients avec une inflammation intestinale seule (MARSH I et II) et 2 307 patients avec des biopsies normales mais avec une sérologie cœliaque positive ont été identifiés à partir du registre national des patients suédois. Le recueil a été limité aux femmes vivant en Suède depuis 1987. Chaque patient a été comparé à 5 contrôles de la population générale (137 818) appariés sur l'âge, la période de naissance et le lieu de résidence. Les patientes souffrant d'anorexie mentale diagnostiquées par la classification internationale ICD après l'âge de 6 ans, étaient identifiées à partir des mêmes registres.

Parmi les 17 959 femmes atteintes d'une maladie cœliaque, l'âge médian du diagnostic était de 28 ans. Pour les 353 femmes anorexiques mentales, l'âge médian du diagnostic était de 17 ans. Entre 1987 et 2009, sur les 1 174 401 personnes-années de suivi, 54 femmes atteintes d'une maladie cœliaque ont été diagnostiquées avec une anorexie mentale contre 180 pour les contrôles appariés. Le taux d'incidence de diagnostic d'une anorexie mentale après la découverte d'une maladie cœliaque était de 27/100 000 personnes-années (IC 95 % : 21-36) comparé à 18/100 000 personnes-années parmi les contrôles (IC 95 % : 16-21); le hasard ratio (HR) pour avoir une anorexie men-

tales après une maladie cœliaque était alors de 1,46 (IC 95 % : 1,08-1,98). L'ajustement sur le niveau socio-économique et l'existence d'un diabète de type I ne changeait pas les résultats. 76 contrôles et 33 personnes avec une maladie cœliaque ont eu un diagnostic d'anorexie mentale avant le diagnostic de la maladie cœliaque, l'*odds ratio* pour un diagnostic préalable d'anorexie mentale était de 2,18 (IC, 95 % : 1,45-3,29) parmi la population cœliaque comparé aux contrôles. Chez les patientes avec une inflammation digestive sans atrophie villositaire, le HR d'avoir une anorexie mentale ultérieure était de 2,12 (IC 95 % : 0,97-4,67) par rapport aux contrôles et pour celles avec une sérologie positive sans atteinte histologique, le HR était de 2,45 (IC 95 % : 1,10-5,45).

Cette étude met en évidence une association positive entre une maladie cœliaque (symptomatique ou non) et une anorexie mentale avant comme après le diagnostic de la maladie digestive. Une susceptibilité génétique pourrait être en cause, les régions génétiques impliquées dans l'anorexie mentale partageant celles en cause dans le diabète de type I et d'autres maladies auto-immunes. Cette association souligne l'importance du suivi régulier des patientes car ces deux conditions peuvent se compliquer l'une et l'autre.

L'administration anténatale répétée de glucocorticoïdes a-t-elle un impact sur la masse osseuse de l'enfant ?

McKINLAY C *et al.* Mid-Childhood bone mass after exposure to repeat doses of antenatal glucocorticoids: a randomized trial. *Pediatrics*, 2017;139:in press.

L'administration anténatale de corticoïdes est une pratique habituelle en cas de risque de naissance prématurée. Cependant, des complications respiratoires majeures ne sont prévenues que chez la moitié des nouveau-nés exposés à une seule cure. Certains essais randomisés ont donc suggéré que des expositions répétées étaient souhaitables pour obtenir une maturation optimale du fœtus.

Ainsi, l'essai australien ACTORDS a montré que l'administration répétée de bétaméthasone chez les femmes à risque d'accouchement avant 32 SA, plus de 7 jours après une première cure de corticoïdes, réduisaient l'incidence et la sévérité de la maladie pulmonaire néonatale. Cependant, l'exposition fœtale à des doses répétées de corticoïdes pourrait avoir un impact sur la croissance et certains tissus notamment le squelette comme cela a été mis en évidence chez l'animal avec une perturbation de la minéralisation osseuse.

Le but de ce travail était d'étudier si les doses répétées de corticothérapie anténatale altéraient la masse osseuse (taille des

os et minéralisation) en réalisant des absorptiométries (DXA) à des enfants néo-zélandais d'âge scolaire dont les mères ont participé à l'étude ACTORDS.

L'étude ACTORDS a inclus des femmes avant 32 SA avec une grossesse simple ou multiple, à risque d'accouchement prématuré ayant reçu au moins 7 jours avant l'inclusion une première cure de glucocorticoïdes. Les femmes étaient ensuite randomisées pour recevoir une injection de bétaméthasone ou un placebo toutes les semaines jusqu'à 32 SA. Les enfants exposés à une corticothérapie répétée avaient moins de maladie pulmonaire néonatale sévère. Entre 6 et 8 ans, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant les fonctions cognitives, le comportement, la tension artérielle et la spirométrie. La DXA évaluait le contenu minéral osseux (corps entier, crâne, rachis). Les données anthropométriques et la détermination du statut pubertaire étaient obtenues.

Sur les 212 enfants survivants éligibles de l'essai ACTORDS, 185 (87 %) ont réalisé une DXA entre 6 et 8 ans, 91 dans le groupe "corticoïdes" et 94 dans le groupe placebo. L'âge gestationnel moyen dans les 2 groupes était de 31 SA, 93 % des enfants étaient nés prématurément. Les femmes recevaient en moyenne 2 doses de traitement (corticoïdes ou placebo) en plus de la corticothérapie reçue en pré-randomisation. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes en termes de poids, taille et périmètre crânien de naissance. Les effets de la corticothérapie anténatale sur l'évolution respiratoire des nouveau-nés étaient identiques à ceux retrouvés dans l'essai initial. L'âge moyen de suivi des enfants de 7,2 ans était identique dans les 2 groupes ($p = 0,99$) de même que l'IMC,

16,2 dans le groupe corticoïdes *versus* 16,6 dans le groupe placebo ($p = 0,81$). À l'âge de 6 ans, les enfants exposés à une corticothérapie anténatale avaient un contenu minéral osseux identique à ceux ayant reçu un placebo après ajustement sur la taille, 553 g (442-712 g) *versus* 567 g (447-750 g), $p = 0,5$. Le contenu minéral osseux ne différait pas entre les groupes après ajustement sur des zones osseuses spécifiques ou la masse maigre. L'incidence des fractures était de 13 % dans le groupe exposé *versus* 11 % dans l'autre groupe ($p = 0,65$). L'ajustement sur une prééclampsie maternelle et le groupe ethnique ne modifiait pas les résultats. L'exclusion, dans les 2 groupes, des enfants avec une pathologie sous-jacente pouvant altérer la masse osseuse (maladie cœliaque, néoplasie, puberté précoce, encéphalopathie...) ne modifiait pas les résultats.

Ce travail met en évidence que des injections répétées anténatales de corticoïdes en plus de la cure initiale n'ont pas d'impact négatif sur la masse osseuse de l'enfant à l'âge de 6-8 ans, il n'y a, *a priori*, pas d'augmentation du risque d'ostéoporose, ni de fracture.



J. LEMALE

Service de Gastroentérologie et Nutrition
pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.

OFFRE D'EMPLOI

Le Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger d'Aulnay-sous-bois recherche un assistant spécialiste à temps plein en néonatalogie (possibilité de poste de PH ensuite).

L'unité de néonatalogie est de **type 2B**: elle comporte 6 lits de soins intensifs néonataux, 8 lits de néonatalogie et 4 lits d'unité kangourou en maternité.

Le centre hospitalier est **desservi par le RER B**, à environ 30 minutes de la gare du Nord.

Si vous êtes intéressé(e), contactez le Dr Céline GOISSEN ou le Dr Yacine LAOUDI:

– Par mail: celine.goissen@ch-aulnay.fr ou yacine.laoudi@ch-aulnay.fr

– Ou par téléphone: DECT 01 75 63 60 88 ou le secrétariat 01 75 63 60 22