

Blé et gluten : ne pas tout confondre

Allergie, anaphylaxie avec effort, maladie cœliaque et sensibilité non cœliaque

Des symptômes après du pain, des pâtes ou une pâtisserie ne signifient pas automatiquement « allergie au gluten ». Le blé peut être impliqué dans plusieurs maladies très différentes. Le délai des symptômes, leur nature, l'âge d'apparition, les cofacteurs et les examens nécessaires orientent le diagnostic.

Le message le plus important

Ne commencez pas une éviction large du blé ou du gluten avant d'avoir identifié ce que l'on cherche : une allergie au blé, une maladie cœliaque et une sensibilité non cœliaque ne se diagnostiquent pas de la même façon.

Les 6 repères essentiels

1. Le gluten n'est pas une maladie

C'est un ensemble de protéines présentes notamment dans le blé, le seigle et l'orge. Le blé contient aussi de nombreuses autres protéines.

2. L'allergie immédiate au blé peut être sévère

Elle est le plus souvent IgE-médiée et peut provoquer urticaire, gonflement, gêne respiratoire, symptômes digestifs, malaise ou anaphylaxie.

3. Une réaction peut dépendre d'un effort ou d'un autre cofacteur

Dans l'anaphylaxie au blé dépendante des cofacteurs, le blé et l'effort peuvent être tolérés séparément mais déclencher ensemble une réaction.

4. La maladie cœliaque n'est pas une allergie

C'est une maladie auto-immune déclenchée par le gluten chez des personnes prédisposées. Son bilan doit être réalisé pendant que le gluten est encore consommé.

5. « Intolérance au gluten » est un terme imprécis

La sensibilité non cœliaque au blé/gluten est envisagée après avoir exclu une maladie cœliaque et une allergie au blé. Il n'existe pas de biomarqueur unique validé.

6. Une amélioration sous régime ne suffit pas à poser un diagnostic

Réduire le blé peut aussi réduire d'autres composants, notamment certains glucides fermentescibles. L'interprétation doit rester clinique.

Quatre situations à distinguer

Situation	Délai habituel	Mécanisme / repère
Allergie IgE au blé	Minutes à environ 2 h	Réaction allergique immédiate, parfois anaphylaxie.
Allergie au blé avec cofacteur	Autour de l'effort ou d'un cofacteur	Réaction immédiate favorisée par une combinaison blé + cofacteur.
Maladie cœliaque	Évolution chronique ou symptômes variables	Maladie auto-immune liée au gluten ; atteinte possible de l'intestin grêle.
Sensibilité non cœliaque	Variable	Symptômes rapportés après blé/gluten, sans allergie au blé ni maladie cœliaque démontrée.

Allergie au blé : plusieurs présentations

L'allergie au blé correspond à une réaction immunologique contre une ou plusieurs protéines du blé. Le terme « allergie au gluten » est souvent utilisé dans le langage courant, mais il est trop imprécis : toutes les allergies au blé ne ciblent pas les mêmes protéines.

Allergie alimentaire IgE-médiée classique

Les symptômes apparaissent habituellement rapidement après ingestion : urticaire, gonflement des lèvres ou du visage, gêne respiratoire, toux, vomissements, douleurs abdominales, malaise ou anaphylaxie. Une réaction grave peut survenir sans que tous les organes soient atteints.

Urgence

En cas de difficulté respiratoire, malaise, altération rapide de l'état général ou signes compatibles avec une anaphylaxie : utilisez l'adrénaline auto-injectable si elle a été prescrite, puis appelez le 15 ou le 112 et suivez le plan d'urgence.

À quel âge l'allergie au blé peut-elle apparaître ?

Chez l'enfant

L'allergie alimentaire classique au blé débute souvent dans la petite enfance. Beaucoup d'enfants acquièrent une tolérance au cours de l'enfance ou de l'adolescence, mais l'évolution varie et doit être réévaluée médicalement.

Chez l'adolescent et l'adulte

Une allergie peut persister ou apparaître plus tard. Les formes dépendantes de l'effort ou d'autres cofacteurs sont particulièrement importantes à reconnaître chez l'adolescent et l'adulte.

Les réactions au blé ne sont pas toutes immédiates

Le SEIPA provoque surtout des symptômes digestifs retardés. L'œsophagite à éosinophiles évolue de façon chronique. Le contact répété avec les farines peut aussi provoquer une urticaire, une dermatite de contact aux protéines ou des symptômes respiratoires. Ces présentations sont détaillées à la page suivante.

Comment fait-on le diagnostic d'une allergie au blé ?

Le diagnostic associe l'histoire détaillée, des prick-tests et/ou des IgE spécifiques, parfois des composants moléculaires et, dans certaines situations, un test de provocation réalisé sous surveillance spécialisée. Un résultat positif montre une sensibilisation ; il ne prouve pas à lui seul que le blé explique les symptômes.

Graminées et douleurs digestives après le blé : quel lien ?

Des douleurs abdominales, nausées, vomissements ou diarrhées peuvent accompagner une véritable allergie au blé. Mais, chez une personne allergique aux pollens de graminées, les tests au blé sont souvent positifs par simple réaction croisée alors que le blé est parfaitement toléré. La sensibilisation aux graminées n'explique donc pas, à elle seule, des douleurs digestives après le blé.

Il faut confronter les tests aux symptômes

Le délai, la reproductibilité, la quantité consommée, les autres signes et les cofacteurs guident le bilan. Des symptômes digestifs isolés ou retardés font aussi rechercher un SEIPA, une maladie cœliaque, une œsophagite à éosinophiles, une sensibilité non cœliaque ou une autre cause digestive. Les IgG alimentaires ne permettent pas de trancher.

Allergies retardées et réactions par contact

Une allergie au blé ne se résume pas à l'urticaire ou à l'anaphylaxie immédiate. Certaines présentations sont retardées, digestives ou chroniques ; d'autres apparaissent surtout lors du contact professionnel ou domestique avec les farines.

SEIPA au blé : une allergie retardée non IgE-médiée

Le syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA, ou FPIES) touche surtout le nourrisson et le jeune enfant. Le blé fait partie des aliments solides pouvant le déclencher. Les prick-tests et les IgE spécifiques sont habituellement négatifs dans la forme typique.

Forme	Présentation possible	Repère important
SEIPA aigu	Vomissements répétés typiquement 1 à 4 h après l'ingestion ; pâleur, grande fatigue ou hypotonie ; diarrhée parfois plus tardive.	Pas d'urticaire ni de signes respiratoires dans la forme typique. Une déshydratation, une hypotension ou un choc sont possibles.
SEIPA chronique	Lors d'ingestions régulières : vomissements intermittents, diarrhée, mauvaise prise de poids ou cassure pondérale.	L'amélioration après éviction et la réapparition aiguë après réintroduction orientent le diagnostic.
SEIPA atypique	Tableau clinique de SEIPA associé à une sensibilisation IgE au même aliment.	L'évolution et la stratégie de réintroduction peuvent différer ; réévaluation allergologique nécessaire.

Une réaction retardée peut être sévère

Vomissements répétés avec pâleur, somnolence inhabituelle, hypotonie ou signes de déshydratation nécessitent une évaluation urgente selon le plan remis par l'équipe. L'adrénaline n'est pas le traitement spécifique d'un SEIPA isolé, mais reste indiquée si des signes d'anaphylaxie IgE-médiée sont également présents.

Œsophagite à éosinophiles : une évolution chronique

Le blé peut être l'un des déclencheurs d'une œsophagite à éosinophiles. Chez l'enfant : refus ou lenteur alimentaire, vomissements, douleurs ou croissance insuffisante ; chez l'adolescent et l'adulte : gêne à la déglutition et blocage alimentaire. Le diagnostic repose sur l'endoscopie et les biopsies, pas sur les seuls tests allergologiques.

Dermite de contact aux protéines de céréales

Cette allergie de contact est surtout observée chez les boulangers, pâtisseries, cuisiniers et autres personnes manipulant régulièrement farine ou pâte. Elle se manifeste par un eczéma chronique des mains ou des avant-bras, souvent aggravé au travail, avec parfois démangeaisons, rougeur ou papules immédiates lors du contact.

À ne pas confondre

L'urticaire de contact donne surtout des plaques ou papules rapides et transitoires. La dermite de contact aux protéines donne un eczéma chronique, souvent accompagné d'une poussée immédiate au contact.

Le bilan

Il associe l'histoire professionnelle ou domestique, l'examen cutané et des tests immédiats adaptés. Les patch-tests peuvent être négatifs. Une rhinite ou un asthme professionnel associé doit être recherché.

Une extension à d'autres céréales est possible, mais non automatique

Les protéines du blé, du seigle et de l'orge sont proches et peuvent présenter des réactions croisées ; l'avoine ou d'autres farines peuvent aussi être en cause chez certains patients. Chaque céréale doit être évaluée selon les contacts, les symptômes et les tests. Une sensibilisation croisée ne justifie pas, à elle seule, d'éviter toutes les céréales ni d'interdire leur consommation.

La tolérance des céréales cuites ou ingérées peut être conservée malgré une réaction lors de la manipulation de farine crue ou de pâte. Les mesures de protection et l'éventuelle adaptation professionnelle doivent être personnalisées.

Anaphylaxie au blé dépendante de l'effort ou des cofacteurs

Cette forme est souvent appelée WDEIA (wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis) ou allergie au blé augmentée par les cofacteurs. La personne peut parfois manger du blé sans symptôme et faire un effort sans symptôme, mais la combinaison des deux peut provoquer une anaphylaxie.

Une combinaison parfois trompeuse

BLÉ + effort ou autre cofacteur → seuil de réaction abaissé → urticaire, gonflement, gêne respiratoire, symptômes digestifs, malaise ou anaphylaxie. Une activité de faible intensité, comme la marche, peut suffire chez certaines personnes.

L'effort n'est pas le seul cofacteur

Cofacteur possible	Exemples / repères
Effort	Course, sport, marche rapide ou parfois activité quotidienne ; l'intensité nécessaire varie selon la personne.
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Aspirine, ibuprofène et autres AINS peuvent abaisser le seuil chez certaines personnes.
Alcool	Peut augmenter le risque ou la sévérité dans certaines situations.
Chaleur, infection, stress ou autres facteurs	Ils peuvent intervenir selon les patients ; plusieurs cofacteurs peuvent s'additionner.

Pourquoi parle-t-on de l'oméga-5 gliadine ?

L'oméga-5 gliadine est une protéine du blé et un allergène majeur de nombreuses WDEIA, mais elle n'explique pas tous les cas. Des IgE spécifiques de l'oméga-5 gliadine peuvent aider au diagnostic. Leur résultat doit être interprété avec l'histoire clinique et les autres examens.

Un test négatif n'efface pas toute suspicion

Les performances des tests varient selon la présentation et la protéine en cause. Une suspicion forte mérite un avis allergologique spécialisé.

Que faire si cette forme est suspectée ou confirmée ?

- Ne reproduisez jamais volontairement la combinaison blé + effort/cofacteur à domicile.
- Suivez le délai d'éviction avant et après l'effort défini dans votre plan personnalisé ; ne fixez pas seul un intervalle standard.
- Identifiez avec l'allergologue les autres cofacteurs à éviter dans votre situation.
- Gardez l'adrénaline auto-injectable accessible si elle a été prescrite et sachez l'utiliser.
- Prévenez les proches, l'école ou l'entourage sportif lorsque cela est pertinent.

En cas de réaction

Arrêtez l'effort. En cas de signes d'anaphylaxie, utilisez sans attendre l'adrénaline auto-injectable prescrite, appelez le 15 ou le 112 et suivez le plan d'urgence. Ne reprenez pas l'activité même si les premiers symptômes semblent diminuer.

Faut-il supprimer tout le gluten ?

Pas automatiquement. Selon les protéines reconnues et le tableau clinique, le plan peut porter sur le blé, certains produits apparentés ou les céréales contenant du gluten. Cette décision est individualisée : ne l'étendez pas seul à toutes les céréales.

Maladie cœliaque : une maladie auto-immune, pas une allergie

Chez une personne génétiquement prédisposée, le gluten déclenche une réaction auto-immune qui peut endommager l'intestin grêle. La maladie cœliaque peut apparaître à tout âge. Elle peut provoquer diarrhée, douleurs ou ballonnements, mais aussi fatigue, anémie, cassure de croissance, atteinte osseuse ou parfois très peu de symptômes.

Ne retirez pas le gluten avant le bilan

Les anticorps sanguins et les biopsies éventuelles doivent être interprétés pendant une alimentation contenant du gluten. Commencer un régime sans gluten avant les examens peut les normaliser et compliquer le diagnostic. Si le gluten a déjà été arrêté, demandez un avis médical avant toute réintroduction.

Comment la maladie cœliaque est-elle diagnostiquée ?

Le bilan commence généralement par une sérologie adaptée, notamment les anticorps anti-transglutaminase IgA avec dosage des IgA totales. Selon l'âge, les résultats et les recommandations applicables, une endoscopie avec biopsies peut être nécessaire. Chez certains enfants très sélectionnés, un diagnostic sans biopsie est possible selon un protocole spécialisé.

Si le diagnostic est confirmé

Le traitement repose sur un régime strict sans gluten au long cours, avec accompagnement médical et diététique. Ce régime n'a pas les mêmes objectifs ni les mêmes règles qu'une éviction du blé pour allergie.

Et la « sensibilité » ou l'« intolérance » au gluten ?

La sensibilité non cœliaque au blé/gluten désigne des symptômes intestinaux ou extra-intestinaux attribués à des aliments contenant du gluten chez une personne qui n'a ni maladie cœliaque ni allergie au blé démontrée. Il n'existe pas actuellement de prise de sang unique permettant de la confirmer.

Le gluten est-il toujours le seul responsable ?

Pas nécessairement. Le blé contient aussi des fructanes, qui appartiennent aux FODMAP, ainsi que d'autres composants. Une amélioration lorsqu'on réduit le blé ne permet donc pas, à elle seule, d'affirmer que le gluten est responsable.

Diagnostic d'exclusion

Avant de conclure à une sensibilité non cœliaque, il faut rechercher une maladie cœliaque et une allergie au blé lorsque le contexte le justifie. Une éviction puis une réintroduction structurée peuvent ensuite être discutées avec le médecin ou le diététicien.

Les différences en un coup d'œil

	Allergie au blé	Maladie cœliaque	Sensibilité non cœliaque
Mécanisme	Immunologique, souvent IgE	Auto-immun	Mécanisme incertain / hétérogène
Délai	Souvent rapide ; parfois dépendant d'un cofacteur	Variable, souvent chronique	Variable
Examens	Histoire + tests allergologiques ± TPO	Sérologie ± biopsies sous gluten	Pas de biomarqueur ; exclusion puis évaluation clinique
Régime	Selon le plan allergologique	Sans gluten strict si diagnostic confirmé	Individualisé, idéalement accompagné

Préparer la consultation : les informations utiles

- Aliment exact et quantité approximative : pain, pâtes, semoule, viennoiserie, bière, farine crue, etc.
- Délai entre l'aliment et les premiers symptômes.
- Symptômes précis et durée ; traitement utilisé ; passage aux urgences.
- Effort, alcool, AINS, chaleur, infection ou autre circonstance autour de la réaction.
- Tolérance du blé dans d'autres situations et fréquence des épisodes.
- Âge de la première réaction, évolution, antécédents atopiques et familiaux.
- Régime déjà commencé et examens déjà réalisés.

Idées reçues

Idée reçue	Message SOS Allergo
« Allergie au blé = maladie cœliaque. »	Non. L'une est une allergie ; l'autre est une maladie auto-immune.
« Un test IgE positif prouve que je suis allergique. »	Non. Il montre une sensibilisation qui doit correspondre à l'histoire clinique.
« Si je tolère le pain au repos, je ne peux pas être allergique. »	Faux. Une allergie dépendante d'un effort ou d'un cofacteur peut être intermittente.
« Sans urticaire, ce n'est pas une anaphylaxie. »	Faux. Une réaction grave peut survenir sans signe cutané.
« Je peux arrêter le gluten avant mes examens cœliaques. »	Non. Cela peut fausser le bilan ; demandez d'abord un avis médical.
« Je vais mieux sans blé : c'était forcément le gluten. »	Non. D'autres composants du blé et d'autres changements alimentaires peuvent intervenir.
« Les IgG alimentaires diagnostiquent une intolérance. »	Non. Ces tests ne permettent pas de diagnostiquer une allergie ou une sensibilité au blé/gluten.

À retenir

1. Le blé peut être impliqué dans plusieurs maladies différentes.	2. L'allergie immédiate peut être sévère et nécessite un plan personnalisé.
3. Effort, AINS ou alcool peuvent révéler ou aggraver une allergie au blé.	4. La maladie cœliaque est auto-immune et doit être recherchée sous alimentation avec gluten.
5. La sensibilité non cœliaque n'a pas de biomarqueur unique et reste un diagnostic d'exclusion.	6. N'élargissez pas seul une éviction : les objectifs diffèrent selon le diagnostic.

À lire aussi sur SOS Allergo

Adrénaline auto-injectable · Tests de provocation alimentaire · Les prick-tests · SEIPA · Œsophagite à éosinophiles · Lire une étiquette alimentaire

Références principales

- Santos AF, Riggioni C, Agache I, et al. EAACI guidelines on the diagnosis of IgE-mediated food allergy. *Allergy*. 2023;78:3057-3076. DOI: 10.1111/all.15902.
- Srisuwatchari W, Kanchanapoomi K, Pacharn P. Molecular Diagnosis to IgE-mediated Wheat Allergy and Wheat-Dependent Exercise-Induced Anaphylaxis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2025;68:47. DOI: 10.1007/s12016-025-09059-w.
- Christensen MJ, Eller E, Mortz CG, et al. Wheat-dependent cofactor-augmented anaphylaxis: a prospective study of exercise, aspirin, and alcohol efficacy as cofactors. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2019;7:114-121. DOI: 10.1016/j.jaip.2018.06.018.
- Keet CA, Matsui EC, Dhillion G, et al. The natural history of wheat allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009;102:410-415.
- Rubio-Tapia A, Hill ID, Semrad C, et al. American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. *Am J Gastroenterol*. 2023;118:59-76. PMID: 36602836.
- Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, et al. ESPGHAN Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;70:141-156. DOI: 10.1097/MPG.0000000000002497.
- Catassi C, Elli L, Bonaz B, et al. Diagnosis of Non-Celiac Gluten Sensitivity: The Salerno Experts' Criteria. *Nutrients*. 2015;7:4966-4977. DOI: 10.3390/nu7064966.
- Nowak-Węgrzyn A, Chehade M, Groetch ME, et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of FPIES. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;139:1111-1126.e4. DOI: 10.1016/j.jaci.2016.12.966.
- Barbaud A, Poreaux C, Penven E, Waton J. Occupational protein contact dermatitis. *Eur J Dermatol*. 2015;25:527-534. DOI: 10.1684/ejd.2015.2593.
- Foti C, Mistrello G, Cassano N, et al. Occupational protein contact dermatitis from wheat flour with IgE reactivity against α -amylase inhibitor. *Contact Dermatitis*. 2012;67:316-318. DOI: 10.1111/j.1600-0536.2012.02124.x.
- Venter C, Maslin K, Arshad SH, et al. Very low prevalence of IgE mediated wheat allergy and high levels of cross-sensitisation between grass and wheat in a UK birth cohort. *Clin Transl Allergy*. 2016;6:22. DOI: 10.1186/s13601-016-0111-1.
- Jones SM, Magnolfi CF, Cooke SK, Sampson HA. Immunologic cross-reactivity among cereal grains and grasses in children with food hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunol*. 1995;96:341-351. DOI: 10.1016/S0091-6749(95)70053-6.

Information importante

Cette fiche propose des repères généraux. Elle ne remplace ni le diagnostic, ni le plan d'urgence, ni les consignes alimentaires personnalisées. En cas de réaction sévère ou d'état inquiétant : adrénaline si prescrite, puis 15 / 112.

Information destinée aux patients et aux aidants. Révision médicale nécessaire avant publication. Cette fiche ne remplace pas une consultation médicale.