

NUTRI-doc

Emballage alimentaire : mieux évaluer les risques de toxicité

Un emballage à contact alimentaire est rarement inerte, les interactions contenant-contenu pouvant aboutir à une contamination de l'aliment. Comment évaluer et gérer au mieux les risques toxiques pour le consommateur ? Marie-Christine Chagnon fait le point lors d'une conférence de l'IFN.*

Les matériaux d'emballage à contact alimentaire sont l'objet d'une innovation constante afin d'améliorer la protection et la conservation de l'aliment et contrôler ses conditions de transport et de stockage. En outre, ils doivent permettre l'étiquetage et représentent un outil de marketing important dans le secteur agro-alimentaire.

L'aptitude des matériaux d'emballage à être en contact avec les aliments est évaluée en termes de risque pour la santé des consommateurs, des transferts de matières pouvant survenir entre emballage et aliment.

Quels sont les risques ?

Certains constituants de l'aliment peuvent être absorbés par l'emballage au risque de détériorer ce dernier et de nuire à la qualité de l'aliment. Il peut s'ensuivre un transfert de substances volatiles au travers du matériau à l'origine soit d'une perte d'arôme pour l'aliment, soit d'une contamination de ce dernier par des gaz ou des odeurs provenant de l'extérieur. Ces échanges peuvent s'accompagner aussi d'une « migration » de constituants du matériau d'emballage vers l'aliment. Ce phénomène de migration concerne tous les emballages et des milliers de substances. En ce qui concerne les matières plastiques, on distingue différents types de « migrants » potentiels : résidus de monomères utilisés à la polymérisation et adjuvants technologiques comme les stabilisants ; leurs produits de réaction ou de dégradation ;

adjuvants des matériaux comme les colorants ; impuretés des produits de base et polluants potentiels d'emballage recyclé. Il est donc nécessaire de faire une évaluation du risque, en d'autres termes d'évaluer la probabilité pour qu'un effet indésirable survienne dans une population après exposition au danger d'un contaminant alimentaire.

Que prévoit la réglementation ?

La réglementation européenne (règlement n°1935/2004) impose aux industriels le principe d'inertie des emballages à contact alimentaire : l'emballage ne doit pas céder à l'aliment de substances susceptibles de présenter un danger. Plus précisément et concernant les matériaux plastiques, la directive 2002/72 impose que tous les constituants entrant dans la composition des emballages soient évalués au regard de leur migration et de leurs dangers. Ainsi, l'étude de l'aptitude des matériaux à entrer en contact avec les aliments est menée sur les constituants de départ introduits dans la formulation. Ce règlement ne tient pas ou très peu compte des produits « néoformés » apparaissant au cours du procédé de fabrication de l'emballage ou de son traitement ultérieur (stérilisation, cuisson...), ni du résultat des mélanges (interactions entre composés). Or, ils peuvent représenter la majorité des substances inconnues et non répertoriées qui contaminent un aliment. Outre le fait qu'ils peuvent induire des modifications organo-

leptiques inacceptables, même en très faible quantité, ils peuvent être toxiques ou à l'origine de produits toxiques.

Ainsi, la plupart des polymères ne sont pas stables à la chaleur et aux traitements ionisants et libèrent des produits toxiques dans certaines conditions. Certains additifs, dont la fonction est de générer de nouveaux composés dans le cadre de la fabrication et/ou de la stabilisation du matériau (auxiliaires de polymérisation, agents gonflants, stabilisants...) peuvent être à l'origine de produits néoformés non désirés.

Vers une évaluation globale du risque

Ainsi, un grand nombre de molécules se forment sous l'influence des procédés physiques et sont susceptibles d'être retrouvées dans les aliments. Ces produits néoformés – de même que les polluants inconnus dans le cas des matériaux recyclés – complexifient l'évaluation du risque sanitaire car leur nature chimique, leur toxicité et leurs mécanismes de formation sont peu ou pas connus.

Une approche globale consistant à évaluer la toxicité de l'ensemble des molécules susceptibles de migrer et non pas se limiter aux constituants connus et bien identifiés paraît donc pertinente. Elle permettrait indirectement d'évaluer le risque lié au processus de néoformation et à la combinaison des molécules. En termes de toxicité, les contaminations ne peuvent être que faibles. Cependant, les risques de perturbation endocrinienne et de génotoxicité seront d'autant plus importants à détecter qu'ils résultent précisément d'une faible exposition.

* La Lettre Scientifique de l'IFN n°145 – juin 2010.

Le bio meilleur pour la santé? Pas si sûr

L'analyse de plus de 98 500 publications scientifiques parues entre 1958 et 2008 révèle l'absence de preuves montrant la supériorité, pour la santé des consommateurs, des produits issus de l'agriculture biologique.

Ces résultats confirment ceux présentés dans une revue un peu plus ancienne (voir NUTRI-doc 82) ou dans la très récente publication des Cahiers de Nutrition et Diététique où l'auteur conclut que « les faibles différences observées entre aliments issus de l'agriculture biologique ou conventionnelle n'ont aucune répercussion significative sur la nutrition et la santé ».

Dangour AD, et al. *Am J Clin Nutr* 2010 ; doi : 10.3945/ajcn.2010.29269.
Gueguen I, Pascal G. *Cah Nut Diet* 2010 ; 45 : 130-43.

Foot, supporters et alimentation

Les supporters de foot d'un club anglais de ligue 1 interrogés sur l'offre alimentaire sur les stades reconnaissent qu'elle pourrait être meilleure et plus saine. Les attentes diffèrent cependant selon les sexes : les femmes déplorent véritablement l'absence d'offre de nourriture saine pour elles et leurs enfants, alors que les hommes disent venir avant tout pour s'amuser, s'affranchir du quotidien et seraient déçus de ne plus y trouver de la bière et les classiques de la restauration rapide. Pourtant les stades pourraient contribuer à la création d'un environnement global encourageant la population à une alimentation plus saine.

Ireland R, et al. *Public Health Nutrition* 2010 ; 13(5) : 682-7.

Biodisponibilité du zinc

Le zinc intervient dans l'activité de plus de 200 enzymes participant notamment à la protection contre les radicaux libres et à la synthèse protéique, d'où son importance dans les phénomènes de renouvellement cellulaire, de cicatrisation et d'immunité. Le zinc se trouve principalement au niveau des muscles (60 %) et des os (30 %). Les ANC en zinc varient de 9 à 14 mg/jour chez l'adulte selon l'état physiologique. Les principales sources en zinc sont d'origine animale : viande, produits laitiers et œufs.

Bien que non indispensables pour couvrir les besoins, les suppléments en zinc sont couramment utilisés. L'absorption du zinc des compléments alimentaires n'est pas influencée par le type de sel utilisé et est identique à celle du zinc des aliments en l'absence de facteurs inhibiteurs dans l'alimentation. Les capacités d'absorption du zinc par l'organisme sont liées à la saturation des transporteurs de cette molécule et donc à la dose de zinc ingérée. Seuls les phytates apportés par l'alimentation pourraient limiter la biodisponibilité du zinc par chélation de ce dernier au niveau de l'intestin grêle : pour une consommation quotidienne de 1 000 mg de phytates, le besoin en zinc pour couvrir les ANC est doublé. Enfin, les pertes fécales en zinc ont une importance sur l'homéostasie de cet oligo-élément : elles seraient fonction de la quantité récemment absorbée et du statut en zinc de l'individu.

Hambidge KM, et al. *Am J Clin Nutr* 2010 ; 91(suppl) : 1478S-83S.

Les ANC pour la population française, édition 2001, Tec et doc.

Observance au PNNS

Le PNNS existe depuis 2001 en France. Ses recommandations ne sont pas suivies de manière homogène par l'ensemble de la population. Les auteurs se sont servis de l'Etude nationale nutrition santé (ENNS) pour évaluer sur une grande échelle (2 500 Français) l'influence du statut socio-économique sur l'observance au PNNS à l'aide d'un score spécifiquement conçu incluant 13 variables : 9 recommandations vis-à-vis d'un aliment, 2 pour les boissons, 1 pour le sel et 1 pour l'activité physique. Plus l'observance est bonne, plus le score augmente, le maximum étant de 15.

Le score moyen est de 7,67 pour les hommes et de 8,55 pour les femmes. Les recommandations du PNNS sont mieux suivies par les plus de 55 ans. Les femmes vivant seules et les hommes n'ayant pas fait de voyage lors de leurs vacances pendant l'année écoulée (marqueur du niveau de vie) les suivent moins bien, de même que les handicapés, les hommes sans emploi et les femmes travailleurs indépendants ou agricultrices. Ces résultats confortent de précédentes données selon lesquelles un meilleur niveau d'éducation et surtout de plus hauts revenus favorisent l'accès à une alimentation « plus saine » (fruits et légumes, céréales complètes, etc.) alors qu'un niveau socio-économique plus bas conduit souvent à une alimentation plus riche en énergie mais plus pauvre en micronutriments.

Malon A, et al. *J Am Diet Assoc* 2010 ; doi : 10.1016/j.jada.2010.03.027.

Polyarthrite

Les malades atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), souvent désemparés face à l'absence de solutions proposées par la médecine traditionnelle, ont une forte propension à recourir à des méthodes alternatives non validées. Cette publication est une revue systématique de 8 essais d'intervention nutritionnelle randomisés et contrôlés (versus alimentation habituelle) portant au total sur 366 malades : jeûne de 7 à 10 jours suivi d'un régime végétarien avec

produits laitiers, régime végétalien, régime méditerranéen, régimes d'élimination variés. Les améliorations cliniques attendues concernent essentiellement la douleur, les fonctions physiques et la raideur au réveil. Une attention particulière est portée aux possibles effets secondaires.

Les conclusions des auteurs confirment ceux de la Cochrane review de 2009 : aucun régime ne donne de résultats probants. Contrairement à ce que disent certains, on peut signaler que la réintroduction des produits laitiers après une période de jeûne n'a pas d'effet négatif sur les symptômes de la maladie : avec ce schéma, on note même une légère diminution de la douleur. Par ailleurs, même si cette analyse porte sur un petit nombre de sujets, elle insiste d'une part sur le plus grand nombre d'abandons dans les groupes intervention, ce qui suggère qu'ils sont difficiles à suivre, d'autre part sur la perte de poids qu'ils induisent. L'ensemble de ces résultats confirme donc les recommandations de la Haute Autorité de Santé : en cas de PR les régimes d'exclusion sont inutiles et peuvent même avoir des effets nutritionnels indésirables.

Smedslund G, et al. *J Am Diet Assoc* 2010 ; 110 : 727-35.

La Collaboration Cochrane, organisation internationale indépendante sans but lucratif de plus de 28 000 collaborateurs dans plus de 100 pays, se consacre à la mise à jour des informations sur les effets des soins de santé disponibles dans le monde. Les collaborateurs Cochrane procèdent à l'examen systématique des essais thérapeutiques randomisés. Ils produisent des revues systématiques des interventions de soins de santé, sous le nom de « Cochrane Avis » diffusés en ligne. En 2009, la « Bibliothèque Cochrane » contenait 3 625 commentaires complets et 1 921 protocoles pour des examens supplémentaires en cours.
<http://www.cochrane.org/>

Séniors : halte aux régimes trop restrictifs

Entre 2010 et 2050, la proportion des sujets de plus de 65 ans va passer de 7,7 à 16,2% dans le monde (15,9 à 26,1% dans les pays développés), celle des plus de 80 ans passera de 1,6 à 4,4% au niveau mondial et de 4,3 à 9,4% dans les pays riches. Beaucoup de ces sujets âgés ont des pathologies chroniques pour lesquelles des régimes restrictifs leur sont communément prescrits. L'analyse de la littérature révèle que ces régimes sont chez les plus de 65 ans le plus souvent injustifiés ou abusifs et surtout sans bénéfice réel sur la morbidité, la qualité de vie et la mortalité. Au contraire, au long cours ils exposent à des carences spécifiques en micronutriments et/ou à la dénutrition protéino-énergétique. Par conséquent, les régimes « historiques », systématiques et souvent draconiens sont déconseillés : sans sel en cas d'hypertension, sans sucre et pauvre en glucides en cas de diabète, pauvre en graisses en cas d'hypercholestérolémie et très pauvre en protéines en cas d'insuffisance rénale chronique. Quelques situations cliniques peuvent parfois justifier des ajustements alimentaires : restriction calorique modérée couplée à une activité physique adaptée chez le diabétique obèse, surveillance des apports en sel en cas d'hypertension résistante au traitement ou d'insuffisance cardiaque, ou encore ration protéique contrôlée chez l'insuffisant rénal chronique. Le suivi de ces patients doit être régulier avec une évaluation constante du rapport bénéfice/risque de telles restrictions. Les régimes chez le sujet âgé sont à manipuler avec prudence en veillant à préserver un équilibre nutritionnel, une qualité gustative et globalement la qualité de vie.
Darmon P, et al. *Clinical Nutrition* 2010 ; 29 : 170-4.

Autisme et « régimes »

Cette revue de la littérature faite par une équipe de spécialistes américains, néozélandais et italiens arrive aux mêmes conclusions que le rapport de l'Afssa en 2009 et qu'une autre revue sur les essais d'interventions (NUTRI-doc 83) : les régimes sans caséine et sans gluten parfois préconisés dans le traitement de l'autisme n'ont aucun fondement scientifique. En revanche, ils pourraient être dangereux sur le plan nutritionnel et aggraver, par la difficulté de leur mise en place, la stigmatisation de ces enfants. La seule justification de ces régimes reste l'allergie vraie (diagnostiquée) aux protéines de blé et/ou de lait qui peut bien sûr parfois coexister avec des troubles autistiques.

Mulloy A, et al. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2009 ; doi : 10.1016/j.rasd.10.008.

INFOS CONGRÈS

- *Symposium IFN, « Les allergies alimentaires », 21 septembre, Paris*
www.ifn-asso.fr
- *Symposium Autrement, « La dénutrition et les conduites restrictives », 7 octobre, Dijon,*
www.anorexie-et-boulimie.fr
- *Colloque Cerin sur Alimentation et sport, 14 octobre, Paris,*
www.cerin.org
- *20^e Congrès européen sur l'obésité infantile, 17-20 novembre, Bruxelles,*
www.ecog-obesity.eu
- *JFN, 7-10 décembre, Lille,*
www.jfn2010.com

Fractures du col du fémur

La fracture de l'extrémité supérieure du col du fémur est la complication la plus grave de l'ostéoporose. Quelques chiffres :

- moyenne d'âge des patients hospitalisés : 83,2 ans pour les femmes, 79,6 ans pour les hommes ;
- taux d'incidence chez les plus de 55 ans : 57,3/10000 chez les femmes, 22,9/10 000 chez les hommes ;
- estimation de la mortalité pendant l'hospitalisation : 3,7 % pour les femmes, 7,7 % pour les hommes ;
- estimation de la mortalité à 1 an : 10 % (grande variabilité selon les études) ;
- 50 % conservent un handicap définitif après 1 an.

Drees, Etudes et résultats n° 723, avril 2010.

Les derniers avis de l'Afssa

- Consommation de poissons : bénéfices-risques. L'Afssa a émis un nouvel avis avec de nouvelles recommandations pour certains groupes de population. La lecture de l'avis montre la difficulté d'émettre des recommandations prenant en compte un risque toxicologique d'une part et un bénéfice nutritionnel d'autre part (14 juin 2010).
- Protéines de soja et cholestérolémie. L'Afssa considère qu'il n'existe pas de lien établi entre la consommation d'extraits protéiques à base de soja et la baisse de la cholestérolémie (23 avril 2010).

Une nouvelle agence

Comme annoncé dans le NUTRI-doc n° 85, l'Afssa et l'Afset ont fusionné pour créer l'Anses: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement, et du travail.

www.anses.fr

Un nouveau logo

Depuis le 1^{er} juillet 2010, un nouveau logo européen « eurofeuille » est étiqueté sur les produits bio, les opérateurs ont un délai de 2 ans pour le substituer au logo actuel AB.



TIAC de 2006 à 2008 en France

Pendant cette période, 3 127 foyers de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ont été déclarées, soit 33 404 malades. Les foyers déclarés sont survenus pour 32 % en famille, 27 % en restauration commerciale, 10 % en milieu scolaire, 8 % dans des institutions médico-sociales et 5 % en restauration d'entreprise. L'agent responsable a pu être déterminé dans 26,5 % des TIAC, les salmonelles représentant 46,8 % des foyers confirmés suivies par l'entérotoxine staphylococcique (38 %) et *Bacillus cereus* (15 %).

BEH 31-32, 27 juillet 2010.

Les critères du GEMRCN, de la recommandation à l'obligation

Après de nombreux débats, la nouvelle loi de modernisation agricole aborde dans son titre I la politique publique d'alimentation intéressant directement les diététiciens. Par exemple, l'article L.230-5 rend obligatoire le respect des règles d'équilibre nutritionnel pour les repas servis en milieu scolaire et universitaire mais aussi en établissements de santé, institutions médico-sociales, crèches, prisons... Attendons les décrets fixant ces règles et les échéances quant à leur application. Des agents de l'État seront chargés du respect de ces dispositions.

LOI n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche parue au JO du 28 juillet 2010

SÉLECTIONNÉS POUR VOUS

À l'usine préparation du lait

Cousin O, Michalski MC. *Sci Aliments* 2010 ; 29(1-2) : 21-33.

Les auteurs reprennent les différents traitements du lait (pasteurisation ou stérilisation, homogénéisation) et discutent de leurs impacts sur la qualité du lait.

Adolescents sportifs. Un suivi nutritionnel primordial

Boisseau N. *Nutrition Endocrinologie* 2010 ; 8(45) : 107-10.

L'adolescent sportif présente un risque accru de déséquilibre alimentaire. L'auteur fait le point sur les besoins nutritionnels et hydriques en cas d'activité sportive et promeut la nécessité d'un suivi nutritionnel.

Alimentation mixée - Mal utilisée, et donc rejetée

Benoit A. *Nutrition Infos* 2010 ; hors-série : 33-5.

Quarante pour cent des aliments mixés sont rejetés par les patients, et seulement quatre à sept minutes sont accordées pour les avaler. Un psychothérapeute et un gériatologue invitent à repenser la place de l'alimentation mixée.

L'allergie au lait de chèvre ou de brebis

Bidat E. *Rev Fr Allergologie* 2010 ; 50(3) : 128-31.

L'allergie aux protéines du lait de vache est souvent associée à une allergie au lait de chèvre et/ou de brebis, probablement avec une fréquence moindre qu'il est habituellement rapporté. En revanche, l'allergie au lait de chèvre et/ou de brebis, sans allergie au lait de vache et de manifestations sévères, est de connaissance plus récente.

Nutrition et ulcères de jambe

Senet P. *Réalités Nutrition Diabétologie* 2010 ; 26 : 33-5.

Une prévalence élevée de carence en vitamine C chez les patients hospitalisés avec un ulcère de jambe a été rapportée. Une dénutrition protéique biologique est également retrouvée chez 27 % des patients ambulatoires, la dénutrition protéique semble être un facteur de comorbidité chez ces patients.

Tous les acides gras saturés ont-ils le même effet métabolique ?

Walrand S, Fisch F, Bourre JM. *Nutr Clin Métabol* 2010 ; 24(2) : 63-75.

Les acides gras saturés (AGS), abondamment retrouvés dans l'alimentation, participent au développement de certaines anomalies métaboliques, comme l'insulinorésistance ou l'athérosclérose. Toutefois, tous les AGS n'ont pas les mêmes effets métaboliques. Les auteurs décrivent en particulier les effets de l'acide palmitique.

Revue bimestrielle éditée par le CERIN

(Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles).

Rédacteur en chef : Brigitte Coudray - Coordination et rédaction : Chantal Lalau Keraly

Rédaction : Christine Lacroix - Maquette : François Seebacher

ISSN 1166-1828

CERIN - 42, rue de Chateaudun - 75314 Paris Cedex 09

Fax : 01 42 80 64 13 - E-mail : nutrition-fr@cerin.org

www.cerin.org

Polyarthrite rhumatoïde

Définition, terrain

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique dû à un dysfonctionnement du système immunitaire (pathologie auto-immune). Dans la PR, une cascade inflammatoire est activée menant à terme aux processus de destruction articulaire. C'est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent, il touche environ 0,5 % de la population. Il débute généralement vers 45-50 ans et touche surtout les femmes (80 %).

Présentation clinique initiale

La PR débute par des douleurs des mains et des avant-pieds qui prédominent le matin au réveil. Progressivement, d'autres articulations peuvent être touchées. L'examen clinique montre des gonflements des articulations, ou arthrites. La prise de sang aide pour le diagnostic en montrant des signes de maladie auto-immune par la présence d'auto-anticorps (facteur rhumatoïde et anticorps anti-CCP : cyclic citrullinated protein).

Évolution à long terme

L'évolution naturelle de la PR non traitée se fait en quelques années vers la destruction progressive des articulations. Cela se traduit par une déformation progressive des articulations ; les radiographies montrent bien la destruction. En plus de la douleur, la gêne fonctionnelle peut alors être très importante, avec une gêne pour les activités de la vie quotidienne et pour la marche. De plus, l'espérance de vie est réduite de 5 à 10 ans ; en particulier, les patients atteints de PR sont plus à risque de maladies cardiovasculaires.

Traitements

Le traitement de la PR repose sur l'association de traitements de fond, de traitement des symptômes et de mesures associées. Le traitement de fond doit être instauré le plus précocement possible. En effet, il est beaucoup plus efficace (en particulier pour prévenir et éviter les destructions articulaires) au cours des 6 premiers mois.

Traitement de fond

Les traitements dits « de fond » ont pour objectif de bloquer l'évolution de la maladie. On utilise essentiellement un immuno-

suppresseur, le méthotrexate, à faible dose (une prise par semaine) et en deuxième ligne, les biothérapies. Le méthotrexate est le traitement de fond de référence de la PR à l'heure actuelle.

Les biothérapies sont de nouveaux traitements de la PR. Ces médicaments, disponibles depuis 10 ans, ont profondément modifié le pronostic de la PR car ils ont une efficacité radicale. Les principales biothérapies sont les anti-TNF (infliximab : Rémicade® en perfusions à l'hôpital tous les 2 mois ; adalimumab : Humira® et etanercept : Enbrel® en injections sous-cutanées à la maison une fois par semaine ou tous les 14 jours). En cas d'échec des anti-TNF, d'autres biothérapies sont disponibles : en 2010, le rituximab : Mabthera® ; l'abatacept : Orencia® et le tocilizumab : RoActemra®. L'association au méthotrexate pour tous ces produits est quasi systématique.

Les biothérapies coûtent très cher (autour de 15 000 euros par an et par patient) et augmentent le risque d'infections : le risque infectieux est doublé.

Traitement symptomatique

– Corticoïdes : la corticothérapie est efficace mais source de complications. On utilise la prednisone (Cortancyl®) à des doses inférieures à 10 mg/j. Les mesures préventives d'une corticothérapie prolongée sont indispensables.

– Les antalgiques, anti-inflammatoires non-stéroïdiens et infiltrations locales de cortisone dans une articulation sont des traitements d'appoint.

Mesures associées

Elles sont diverses.

– Sur le plan social : cela va de l'adaptation du poste de travail à l'arrêt de travail ou la mise en invalidité.

– Sur le plan physique, certaines mesures comme la kinésithérapie peut aider.

– La diététique n'est pas en soi un traitement de la PR (les régimes n'ont pas d'efficacité sur le caractère inflammatoire de la maladie) mais elle permet en particulier de minimiser les effets indésirables des traitements.

– Dans tous les cas, il faut conseiller aux patients de ne pas fumer car le tabac aggrave la PR et empêche les traitements de fond d'être totalement efficaces.

Dr Laure Gossec, service de rhumatologie B, hôpital Cochin, Paris

Alimentation et Polyarthrite

Nombreux sont les articles prônant des régimes d'exclusion (sans lait de vache, sans gluten...) pour soulager, éviter les poussées de PR. Aucun de ces régimes n'a scientifiquement prouvé son efficacité. Bien au contraire, l'exclusion d'un groupe d'aliments entraîne des carences pouvant fragiliser la santé et provoque parfois une perte de poids importante et néfaste. La maladie évoluant par poussées, certains patients se trouvent soulagés en suivant de tels régimes parce que la maladie n'est pas en phase active. Le régime n'est pas la raison de l'amélioration.

Il est à noter que pour certaines personnes, un ou deux aliments peuvent favoriser les poussées. Il n'y a aucun danger, pour ces personnes là – ne pas généraliser aux autres patients atteints de PR – à supprimer le ou les aliments incriminés (s'ils sont peu nombreux).

Supprimer un ou deux aliments est différent de supprimer un groupe d'aliments. Une alimentation équilibrée reste primordiale pour couvrir les besoins de l'organisme.

Conseils liés à la pathologie

Un poids correct est souhaitable

Le surpoids accentue la douleur des articulations.

Un poids trop faible aggrave la fatigue et entraîne une moins bonne résistance aux agressions extérieures.

Risque cardiovasculaire

La PR, par son action inflammatoire favorise les maladies cardiovasculaires, il est donc important :

- d'éviter le surpoids ;
- d'équilibrer les apports en matières grasses ;
- de consommer des poissons gras (2 fois par semaine) pour les oméga 3 ;
- de limiter l'alcool, d'éviter le tabac ;
- de maintenir si possible une activité physique adéquate.

Risque de fonte musculaire

La PR favorise la fonte musculaire. Cela est accentué par la baisse de l'activité physique liée à la douleur et une éventuelle prise de corticoïde :

- apport suffisant en protéine (1,2 g/kg par jour) en insistant sur les protéines d'origine animale.

Risque d'ostéoporose

La PR favorise l'ostéoporose. Les patients sont souvent des femmes, ce qui accentue les risques surtout en cas de corticothérapie associée :

- 1 000 mg calcium par jour soit 3 à 4 produits laitiers/jour + une alimentation équilibrée ;

- pas d'excès de sel (fuite du calcium dans les urines) ;
- pas d'excès de café et d'alcool (favorisent la destruction de l'os) ;
- apport suffisant en vitamine D (sortir tous les jours, suppléments souvent nécessaire : UV dose).

Conseils liés aux effets indésirables des médicaments

Corticoïdes

Il est important de prévenir les patients des risques en sachant que la tolérance personnelle est très variable et de tenir compte de l'âge du patient : pas de régime sans sel strict chez la personne âgée.

Les effets secondaires sont proportionnels aux doses et à la durée du traitement. En dessous de 10 mg par jour, une alimentation équilibrée suffit. Au-dessus de 10 mg par jour, les conseils suivants sont donnés pour contrer :

- une augmentation de l'appétit (surtout les 15 premiers jours) avec risque de prise poids : ne pas augmenter ses apports alimentaires les 15 premiers jours. La sensation de faim intense s'apaise ensuite ;
- une rétention d'eau avec œdèmes et risque d'hypertension artérielle : limiter les apports en sel (ne surtout pas réduire les apports hydriques). Les quantités conseillées dépendent de la dose de corticoïde ;
- le risque d'augmentation de la glycémie (voire diabète cortico-induit) : limiter le sucre et surtout les boissons sucrées ;
- la formation favorisée des plaques d'athéromes : éviter l'excès des acides gras athérogènes (acides laurique, myristique et palmitique) ; avoir un apport suffisant en oméga 3 ; limiter les aliments riches en cholestérol ; éviter le surpoids ;
- les fuites de potassium et crampes : consommer suffisamment de fruits et légumes ; boire suffisamment.

Biothérapies

Elles provoquent un affaiblissement des défenses immunitaires. Il faut donc insister sur l'importance d'une bonne hygiène alimentaire et recommander :

- le lavage des mains ;
- le respect de la chaîne du froid lors des courses ;
- une bonne conservation des aliments (température, emballage, respect des DLC...) ;
- d'éviter les produits d'origine animale crus surtout si la source n'est pas sûre (mayonnaise, steak tartare, sushi...).

Sophie Ripaux, diététicienne, Hôpital Cochin, Paris