

Quels régimes (sans gluten, sans lactose, sans FODMAPS...) dans le syndrome de l'intestin irritable ?



Quels régimes (sans gluten, sans lactose, sans FODMAPS...) dans le syndrome de l'intestin irritable (SII) ?

...à la pratique

Marie-Christine Morin,

Cadre de santé diététicienne / Hôpital Nord AP-HM, Marseille

De nombreux patients SII évoquent un lien entre leur prise alimentaire et l'apparition ou l'aggravation de symptômes post-prandiaux, suggérant ainsi une ou des intolérances alimentaires, et amenant à l'hypothèse selon laquelle la suppression de certains aliments pourrait être efficace dans le SII.

Pendant des années, par manque de preuves cliniques, la prise en charge nutritionnelle de ces patients s'est souvent faite dans le scepticisme, entre autolimitations par les patients eux-mêmes (basées sur leur ressenti) et conseils aléatoires par les professionnels de santé : restrictions en graisses, lait et produits laitiers, fibres, volume des repas... restrictions souvent inefficaces et parfois dangereuses.

La recherche se faisant plus active sur le sujet, le rôle de certains facteurs alimentaires dans la genèse des symptômes est mis en évidence, et la prise en charge nutritionnelle s'en trouve influencée.

En pratique, plusieurs approches sont possibles :

Limitation des FODMAPS

Si la notion d'aliments fermentescible est connue, celle de FODMAPS est plus récente.

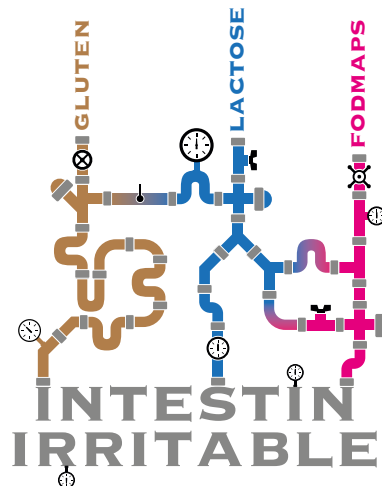
F=fermentable **O**=oligo saccharides (FOS, GOS) **D**=disaccharides (lactose) **M**=monosaccharides (fructose) **P**=polyols.

Les FODMAPS sont présents dans de nombreux aliments : FOS (artichauts, chicorée, asperges, oignons, salsifis, orge...), GOS (lentilles, pois chiche, choux, navets...), Lactose (lait, laitages...), Fructose (fruits secs, melon, miel...), Polyols (confiseries sans sucre, jus de pommes, pruneaux...). Ce sont des glucides qui ont la caractéristique d'être partiellement ou inconstamment absorbés, et qui sont susceptibles de provoquer un effet osmotique au niveau du grêle et une fermentation caecale rapide.

Chez les patients SII, la restriction en FODMAPS peut limiter les troubles digestifs, en particulier ballonnements et diarrhées, c'est ce que montrent différentes études. La stratégie de prise en charge demande du temps. Elle consiste à supprimer les FODMAPS pendant 3 à 6 semaines, à les réintroduire progressivement de manière à mettre en évidence les glucides mal tolérés, et à adapter ensuite la consommation à la tolérance du patient (seuil de tolérance).

La suppression initiale peut se faire

- soit par l'éviction totale de l'ensemble des FODMAPS
- soit par l'éviction ciblée des seuls groupes de FODMAPS susceptibles d'être responsables de troubles au regard des résultats des tests respiratoires et de l'analyse des apports alimentaires du patient (journal alimentaire).



La 1ère méthode radicale est sans doute la plus fréquemment utilisée. La 2ème méthode paraît toutefois plus raisonnable dans la mesure où elle limite les restrictions et donc les risques de déséquilibre nutritionnel.

Quelle que soit l'approche FODMAPS, celle-ci est complexe et nécessite l'expertise d'un diététicien entraîné à cette prise en charge nutritionnelle ⁽¹⁾. Ainsi, pour gérer l'intolérance au fructose, il convient de limiter les aliments riches en fructose, de tenir compte du ratio fructose/glucose et de répartir les charges.

Les tolérances sont « individu-dépendantes », et difficiles à évaluer d'emblée. Elles sont, entre autres, liées au temps de transit, à la sensibilité viscérale mais aussi à la quantité journalière de FODMAPS consommés, à la quantité par prise, à la forme du produit consommé, au fait que le produit est consommé seul ou avec d'autres aliments...

Si les FODMAPS peuvent être responsables de troubles, il faut garder à l'esprit qu'ils amènent un bénéfice sur le microbiote. Il convient donc d'adapter les conseils à chaque patient sans imposer de restrictions inutiles, et ce d'autant plus que les petites quantités sont souvent bien tolérées.

A terme, il s'agit d'amener le patient à ajuster lui-même sa consommation à sa tolérance, et de trouver le bon équilibre entre confort lié à la restriction en FODMAPS et bénéfice lié à leur présence.

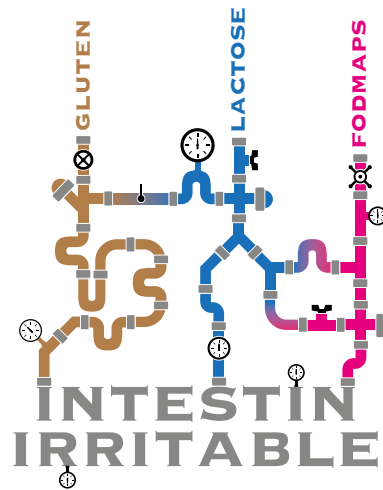
Limitation du lactose

Le lactose est le principal glucide du lait. En cas de déficit en lactase, il est susceptible d'être malabsorbé. Comme les autres FODMAPS dont il fait partie, il peut entraîner des troubles digestifs (effet osmotique au niveau du grêle et fermentation colique).

Il y a souvent confusion entre malabsorption et intolérance au lactose. Si le déficit en lactase est fréquent, l'intolérance au lactose ne touche qu'un nombre limité de malabsorbants. Il n'y a pas de différence de malabsorption entre les patients SII et la population générale, pour autant les patients SII sont plus souvent symptomatiques.

Lorsque l'intolérance est diagnostiquée (Breath test 25g lactose/symptômes), la prise en charge ne consiste pas à supprimer le lactose mais a pour unique objectif d'améliorer la tolérance. Quelques conseils simples basés sur la connaissance des aliments et la digestion du lactose permettent en général de limiter les symptômes sans restreindre inutilement, et ce d'autant plus que l'adaptation de la flore colique à « digérer le lactose » est un des mécanismes de tolérance ⁽²⁾.

Chaque patient a un seuil de tolérance particulier. Il est nécessaire de procéder à une évaluation individuelle pour donner les conseils adéquats. Il s'agit alors d'adapter la consommation de produits laitiers, en gardant à l'esprit que ces aliments sont entre autres des vecteurs importants de calcium, et qu'il faut veiller à couvrir le besoin calcique. Dans cette optique, il faut savoir que les yaourts (dont les bactéries ont une activité lactasique) et les fromages affinés (qui ne contiennent plus de lactose) sont globalement bien tolérés.



Suppression du gluten

Si le lien entre gluten et maladie cœliaque est bien établi, la responsabilité du gluten dans la « sensibilité au gluten non coeliaque » reste à démontrer. En effet, la restriction en blé réduit d'autres composés qui sont susceptibles d'être impliqués, c'est d'ailleurs pourquoi certains proposent maintenant l'appellation « sensibilité au blé ».

Le diagnostic actuel est un diagnostic d'exclusion. Le protocole établi en 2014 selon les recommandations des experts se fait en 2 temps :

- évaluation des effets de la suppression du gluten (au moins 6 semaines)
- évaluation des effets de la réintroduction du gluten (au moins 4 semaines)

Si certains individus se laissent porter par des « courants alimentaires » prônant les bienfaits de l'alimentation sans gluten, le RSG n'est pour autant pas un régime santé mais bien un traitement.

Avant la mise en œuvre du protocole, il faut s'assurer que le patient se nourrit normalement, car en pratique ces patients se mettent souvent spontanément sous régime sans gluten (RSG), sont symptomatiques à la réintroduction et poursuivent leur RSG.

A ce jour, seuls les patients atteints de maladie cœliaque (appelée aussi « intolérance au gluten » ce qui peut porter à confusion) doivent supprimer définitivement le gluten.

Chez le patient SII, une fois le diagnostic établi, la durée de l'exclusion du gluten, et sa réintroduction ne sont pas définies. Dans la mesure où le traitement vise uniquement à limiter les troubles, il est logique de penser qu'il s'agit d'adapter la consommation de gluten à la tolérance du patient, et non pas d'imposer un régime strict à vie⁽³⁾.

La présence de gluten est connue comme étant relativement évidente dans les aliments de base tels le pain et les pâtes ou les gâteaux, mais le gluten est en fait omniprésent dans les rayons alimentaires des supermarchés car de nombreux produits issus de l'industrie agro-alimentaire en contiennent.

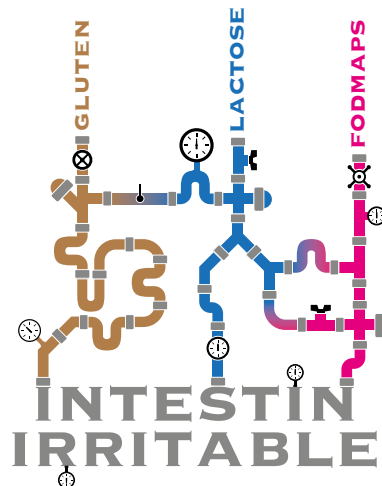
L'apprentissage est large et doit donc se faire sur les aliments autorisés, ceux à écarter, les produits de remplacement, la lecture des étiquettes, la gestion des repas hors domicile, ... Ce qui paraît simple en théorie s'avère donc en fait être un régime difficile à suivre et contraignant au quotidien. Son vécu parfois difficile peut mener jusqu'à l'isolement social

Qu'il s'agisse de la mise en place du protocole de diagnostic, ou de l'adaptation de l'alimentation une fois le diagnostic établi, une prise en charge diététique est nécessaire pour accompagner le patient et limiter risques de déséquilibre nutritionnel.

Fibres

Les fibres sont des composés non dégradés dans l'intestin grêle. Nombre de FODMAPS sont des fibres. Leurs propriétés et effets physiologiques (fermentation, absorption, production AGCC...) sont variables en fonction de leur nature. Les aliments les plus riches en fibres sont les céréales complètes, les légumes secs et fruits secs, et à une moindre teneur les légumes et les fruits. Les apports recommandés actuels sont de 25 à 30g.

En cas de constipation, il est classique de conseiller un enrichissement en fibres du type son de blé (riche en fibres insolubles), il semblerait que cette recommandation ne s'applique pas



forcément aux patients SII C car ces fibres aggravent l'inconfort abdominal et le ballonnement. Les mucilages du type psyllium ou hispagule (riche en fibres solubles peu fermentescibles) semblent mieux tolérés^(4,5).

Avant de supplémenter en fibres, il convient de vérifier que le patient a une alimentation équilibrée assurant un apport en fibres satisfaisant et un apport hydrique suffisant. Rééquilibrer la ration peut être une 1^{ère} étape dans la limitation des troubles. Lorsqu'il est nécessaire de supplémenter, il faut le faire de manière progressive pour limiter les effets indésirables.

D'autres facteurs nutritionnels tels lipides, caféine, alcool et épices sont susceptibles de participer à la génération des troubles digestifs chez le SII. Il n'y a pas de recommandation claire, mais il paraît raisonnable de s'intéresser à la consommation du patient, et de tester si besoin une modulation des prises⁽⁶⁾.

Au total, il n'y a pas de conseil standardisé.

Si la prise en charge nutritionnelle du patient SII est guidée par la nature des troubles digestifs, elle doit être individualisée et tenir compte des apports et habitudes alimentaires.

Au regard de ces données, il s'agit alors d'adapter les conseils au cas par cas, et de moduler le niveau de lactose, fibres, aliments fermentescibles et/ou osmotiquement actifs ...

L'éviction du gluten et la limitation des FODMAPS doivent se faire de manière protocolisée. Elles nécessitent une prise en charge diététique.

Il faut avertir le patient que lorsque le régime n'est pas efficace, il ne doit pas être poursuivi.

De manière générale, il est nécessaire de veiller à limiter les restrictions pour limiter les risques de déséquilibre.

Références :

- 1 Javier Molina-Infantea, Jordi Serrab,c, Fernando Fernandez-Bañaresc,d, Fermín Mearine The low-FODMAP diet for irritable bowel syndrome: Lights and shadows Gastroenterol Hepatol. 2016; 39(2):55-65
- 2 Morin M.C. Prise en soin diététique de l'intolérant au lactose : quand et comment ? Information Diététique 2015; 3:20-30.
- 3 M.Saintot , J.-A.Flabbée , O.Ziegler , J.-L.Schmutz , A.Barbaud. Manifestations digestives des intolérances au blé. Revue Française d'Allergologie 2017 ; 57(4):317-326
- 4 Uzzan B, Julia C, Bouchoucha M, Sabate JM, Benamouzig R. Facteurs nutritionnels dans le syndrome de l'intestin irritable. Hepato Gastro 2013 ; 20:335-341
- 5 McRorie. J.Clinical data support that psyllium is not fermented in the gut. Am J Gastroenterol. 2013 ;108(9):1541
- 6 McKenzie Y.A., Bowyer R.K., Leach H., Gulia P.,Horobin J., O'Sullivan N.A., Pettitt C., Reeves L.B., Seamark L., Williams M.,Thompson J. &Lomer. British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults. J Hum Nutr Diet.2016; 29, 549-575