

Le point sur l'intolérance au lactose

En plus de l'intolérance au lactose primaire de l'adulte qui touche 65 % de la population adulte mondiale, il existe d'autres types d'intolérances au lactose, primaires ou secondaires. Sa prise en charge chez le jeune enfant doit toujours prioriser le maintien de l'allaitement maternel. Les jus végétaux ne peuvent pas représenter une alternative au lait en cas d'intolérance au lactose.

Une revue de littérature fait le point sur l'état des connaissances concernant les propriétés du lactose et l'intolérance au lactose.

Les auteurs relèvent tout d'abord que le lactose est produit dans la glande mammaire, indépendamment de l'alimentation maternelle. En plus d'apporter de l'énergie, le lactose est la seule source alimentaire de galactose, nécessaire à la synthèse de macromolécules telles que les galactocérobrosides, gangliosides et mucoprotéines présents dans les membranes des cellules nerveuses. Le lactose favorise l'absorption du calcium, du magnésium ou encore du zinc.

Les auteurs relèvent 4 types de déficits en lactase, à l'origine de l'intolérance au lactose :

1. **Un déficit primaire et congénital en lactase.** Il s'agit de cas rares d'activités lactasiques absentes ou réduites dès la naissance.
2. **Un déficit précoce en lactase.** Il s'agit d'un phénomène observé le plus souvent chez les nourrissons prématurés. Cette intolérance est réversible en particulier grâce à l'allaitement maternel.
3. **Un déficit primaire en lactase qui peut débuter autour de 5 - 6 ans ou pendant l'adolescence.** Ce déficit est irréversible et touche 65 % de la population adulte dans le monde. Dans ce cas, l'activité lactasique n'est pas modifiée par des variations de l'apport en lactose.
4. **Un déficit secondaire en lactase** qui est le plus souvent dû à une inflammation de l'épithélium intestinal par un virus, une allergie ou encore une maladie cœliaque ou une maladie de Crohn. Cette intolérance secondaire au lactose est réversible et guérit lorsque l'intestin fonctionne à nouveau correctement.

Le principe de l'intolérance au lactose est décrit dans la figure 1. **Les symptômes de l'intolérance sont causés par l'effet osmotique du lactose qui provoque un appel d'eau dans le lumen intestinal et par la fermentation du lactose par les bactéries présentes dans le côlon, produisant des gaz tels que l'hydrogène H₂, le dioxyde de carbone CO₂ et le méthane CH₄, ainsi que des acides et des métabolites nuisibles.** A noter que le lactose non digéré dans l'intestin grêle peut aussi jouer un rôle bénéfique en étant utilisé comme prébiotique par des bifidobactéries ou des lactobacilles, générant ainsi des acides gras à chaîne courte qui favorisent la nutrition des tissus de la muqueuse intestinale.

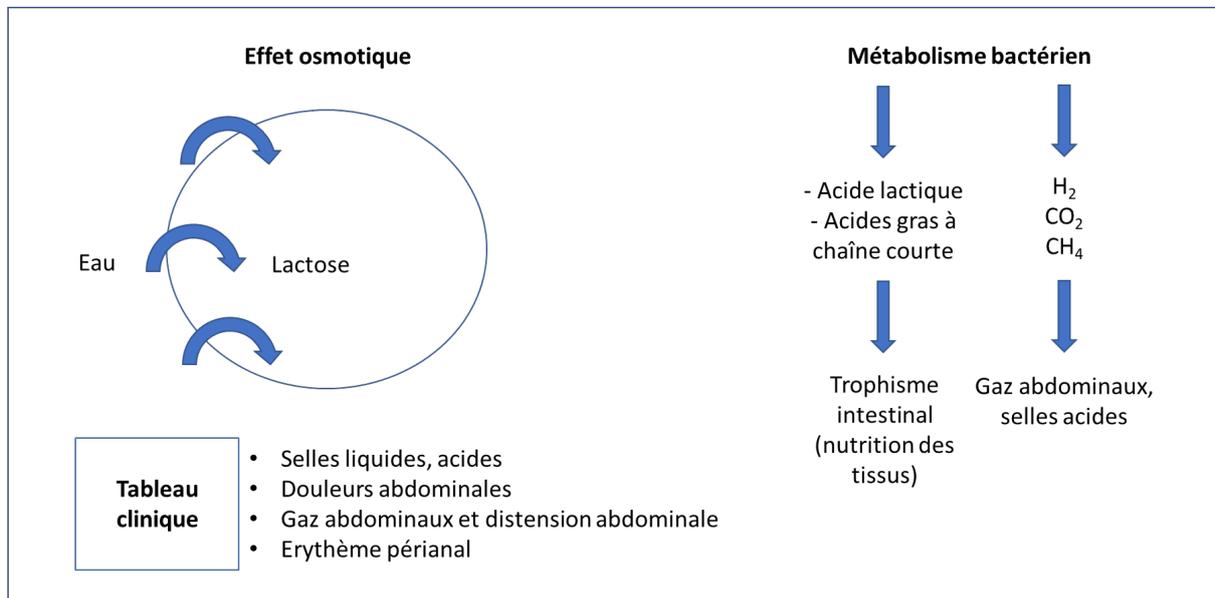


Figure 1 : Principe de l'intolérance au lactose.

Pour conclure, les auteurs insistent sur le fait que **la prise en charge d'une intolérance au lactose chez le nourrisson doit, dans la mesure du possible, préserver l'allaitement maternel**. Par ailleurs, ils rappellent que **les jus végétaux ne peuvent en aucun cas être considérés comme des alternatives au lait chez les jeunes enfants et les adolescents souffrant d'intolérance au lactose**.

TOCA, MC. FERNANDEZ, A. ORSI, M. « et col. » **Lactose intolerance: myths and facts. An update**. Archivos Argentinos de Pediatría, 2022, 120, 1, p. 59-66 (doi: 10.5546/aap.2022.eng.59).

Obésité sarcopénique : un consensus international sur les critères de diagnostic

Les sociétés savantes ESPEN et EASO s'associent pour publier un consensus international sur la définition et sur les critères de diagnostic de l'obésité sarcopénique.

Le concept d'obésité sarcopénique a été introduit il y a quelques années pour décrire, chez la personne âgée, la concomitance d'un excès de masse grasse et d'une réduction de la masse et/ou de la fonction musculaires. **Il n'existe cependant pas de consensus international sur la définition et sur les critères de diagnostic de l'obésité sarcopénique**, ce qui complexifie l'identification des patients, l'évaluation de sa prévalence, de son impact sur la santé ou encore des conséquences de la maladie en termes de coûts. **L'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) et l'EASO (European Association for the Study of Obesity) publient une déclaration consensuelle sur la définition et les critères de diagnostic de l'obésité sarcopénique.**

La définition retenue par les experts est la suivante : **l'obésité sarcopénique est définie comme la coexistence de l'obésité, caractérisée par un excès de masse grasse, ET de la sarcopénie, caractérisée par une faible masse musculaire et une fonction musculaire diminuée.**

Les experts proposent une procédure d'identification de l'obésité sarcopénique en 3 phases :

1. **Le dépistage.** Il est basé sur la présence concomitante :
 - d'un Indice de Masse Corporelle (IMC) ou d'un tour de taille élevé (les seuils à utiliser sont ceux de l'OMS pour l'IMC et des seuils spécifiques selon l'origine ethnique pour le tour de taille) ;
 - d'une suspicion de sarcopénie, en raison de symptômes cliniques spécifiques ou de réponses à des questionnaires validés tels que le SARC-F chez les sujets âgés.
2. **Le diagnostic.** Il doit être réalisé en deux étapes, uniquement si les deux conditions définies à l'étape de dépistage sont présentes.
 - Tout d'abord **une évaluation de la fonction musculaire squelettique (étape 1)**. La force musculaire doit être évaluée, par exemple, au moyen de la mesure de la force de préhension ou du test de la chaise. Si le résultat suggère la présence d'une obésité sarcopénique, les experts proposent de passer à la 2^e étape.
 - **La mesure de la composition corporelle (étape 2)** évaluée par le pourcentage de masse grasse et par la mesure de la masse maigre appendiculaire par absorptiométrie biphotonique (DXA) ou la mesure de la masse musculaire squelettique totale par impédance bioélectrique (BIA).

En cas d'altération de la composition corporelle ET des paramètres évaluant la fonction musculaire squelettique, il y a bien présence d'une obésité sarcopénique ; il faut alors en définir son stade de gravité.

3. **La définition du stade de gravité de l'obésité sarcopénique.**
 - **Stade 1 : pas de présence de complications** attribuables à l'altération de la composition corporelle et de la fonction musculaire squelettique.
 - **Stade 2 : présence d'au moins une complication** attribuable à l'altération de la composition corporelle et de la fonction musculaire squelettique (telle que des troubles métaboliques, des troubles cardiovasculaires et respiratoires ou encore des handicaps résultants de la masse grasse élevée et/ou de la masse maigre diminuée).

En conclusion, l'ESPEN et l'EASO proposent que cette définition de l'obésité sarcopénique et de ses critères de diagnostic soit utilisée en pratique clinique ainsi que dans le cadre des essais contrôlés randomisés examinant l'impact d'interventions spécifiques sur l'obésité sarcopénique.

DONINI, LM. BUSETTO, L. BISCHOFF, SC. « et col. » **Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement.** Obesity Facts, 2022, doi: 10.1159/000521241.

Fragilité de la personne âgée : le rôle de la nutrition et de l'activité physique

Les interventions basées sur la nutrition et/ou l'activité physique sont à recommander pour améliorer la mobilité et, plus globalement, la qualité de vie des personnes âgées fragiles ou pré-fragiles.

La fragilité est un syndrome clinique qui correspond, chez les personnes âgées, à une altération des mécanismes de résistance au stress, liée à un épuisement des réserves fonctionnelles de multiples systèmes physiologiques. **Une revue systématique de littérature et méta-analyse examine les effets, chez les personnes fragiles âgées de 65 ans et plus, d'interventions s'appuyant sur des mesures nutritionnelles seules, des mesures d'activité physique seules, ou des stratégies combinant nutrition et activité physique.**

Les résultats de la méta-analyse mettent en évidence trois bénéfices principaux des interventions :

- **une amélioration de la mobilité**, grâce aux trois types d'intervention : nutrition, activité physique et combinaison des deux ;
- **une amélioration de paramètres physiques tels que l'indice de masse corporel ou la force musculaire** grâce aux interventions nutritionnelles et aux stratégies combinées ;
- **une amélioration vis-à-vis du statut de fragilité**, grâce aux interventions se basant sur la pratique d'activités physiques multicomposantes (aérobie, résistance, équilibre, flexibilité).

A partir de ces résultats, les auteurs proposent leurs recommandations à destination des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge clinique des personnes âgées fragiles ou pré-fragiles. Ils recommandent :

1. les stratégies nutritionnelles, pour optimiser l'apport alimentaire et en particulier :
 - la consommation d'aliments ou de compléments alimentaires enrichis en protéines.
2. la pratique d'une activité physique et plus particulièrement :
 - la pratique d'une activité de renforcement musculaire ;
 - la pratique d'exercices de mobilisation ou de réhabilitation ;
 - la pratique d'activités physiques multicomposantes ;
 - la pratique d'une activité physique aérobie.
3. la combinaison de stratégies nutritionnelles et basées sur l'activité physique.

Pour conclure, les auteurs mettent en avant l'importance de la prévention et de la prise en charge de la fragilité chez les personnes âgées pour améliorer leur qualité de vie. Dans cet objectif, les stratégies basées sur l'alimentation et l'activité physique, utilisées seules ou conjointement, sont à recommander.

LORBERGS, AL. PROROK, JC. HOLROYD-LEDUC, J. « et col. » **Nutrition and physical activity clinical practice guidelines for older adults living with frailty.** The Journal of Frailty & Aging, 2022, 11, 1, p. 3-11 (doi: 10.14283/jfa.2021.51).

Supplémentation en vitamine D chez l'enfant : recommandations et guide pratique

Une supplémentation quotidienne en vitamine D est recommandée chez l'enfant âgé de 0 à 18 ans, ainsi que la consommation de 3 à 4 produits laitiers par jour, à partir de l'âge de 1 an.

De nombreux experts français en pédiatrie, nutrition, endocrinologie ou encore néphrologie, ainsi que plusieurs sociétés savantes françaises, dont la Société Française de Pédiatrie se sont regroupés pour publier **un guide pratique, destiné aux professionnels de santé, sur la supplémentation en vitamine D et l'apport alimentaire de calcium chez l'enfant**. Trente-cinq recommandations consensuelles sont proposées par les auteurs.

Ils recommandent en particulier :

- **de procéder au dosage de la 25-hydroxyvitamine-D (25-OH-D) pour évaluer le statut en vitamine D chez l'enfant, uniquement en cas de symptôme de rachitisme.** Il est recommandé de présenter une valeur supérieure à 20 ng/mL (50 nmol/L) pour prévenir le rachitisme et une valeur supérieure à 30 ng/mL (75 nmol/L) pour éviter tout défaut de minéralisation, sans dépasser le seuil des 60 ng/mL (150 nmol/L).
- **de procéder à une supplémentation quotidienne en vitamine D2 ou D3 chez l'enfant sain âgé de 0 à 18 ans, supérieure à 400 UI et ne dépassant pas 800 UI.** Chez l'enfant âgé de 2 à 18 ans présentant un apport alimentaire limité en vitamine D (alimentation végétalienne) ou une biodisponibilité diminuée (en cas d'obésité par exemple), ces seuils minimal et maximal sont doublés. **En cas de noncompliance à la supplémentation quotidienne, les experts préconisent, chez les enfants âgés de 2 à 18 ans, une supplémentation trimestrielle en vitamine D3 à hauteur de 50 000 UI** ou une supplémentation en deux prises (en automne et en hiver) de 80 000 à 100 000 UI.
- **de préconiser la consommation de 3 à 4 produits laitiers par jour aux enfants âgés de 1 à 18 ans afin de couvrir leurs besoins en calcium.** Une supplémentation en calcium de 500 à 1000 mg/j est recommandée aux enfants ingérant moins de 300 mg de calcium par voie alimentaire, en particulier en cas de végétalisme.
- **de supplémenter en vitamine D les bébés prématurés à hauteur de 600 à 1000 UI par jour, pendant leur séjour en unité de soins intensifs néonataux.** Le dosage de la 25-OH-D est recommandé chez les enfants nés avant 32 semaines de gestation ou chez ceux pesant moins de 1,5 kg à 1 mois. Il est recommandé que le résultat du dosage soit compris entre 50 et 120 nmol/L.

Pour conclure, les auteurs mettent en avant le fait que la politique de supplémentation en vitamine D chez l'enfant doit être basée sur la prévention du rachitisme, sans perdre de vue la nécessité de ne pas dépasser les doses recommandées afin d'éviter toute toxicité rénale à long terme.

BACCHETTA, J. EDOUARD, T. LAVERNY, G. « et col. » **Vitamin D and calcium intakes in general pediatric populations: A French expert consensus paper.** Archives de pédiatrie, 2022, doi: 10.1016/j.arcped.2022.02.008.