

Une chance pour les patients

Alimentation pauvre en FODMAP en cas de syndrome de l'intestin irritable

Sandra Rütimann

BSc Ernährungsberaterin SVDE «Gruppenpraxis Neuhard», Olten

Introduction

Chez les patients atteints du syndrome de l'intestin irritable (SII), l'alimentation joue un rôle central. L'alimentation pauvre en FODMAP est une forme thérapeutique possible pour influencer positivement et durablement les symptômes typiques du SII, tels que la diarrhée, la constipation, les douleurs abdominales ou les flatulences.

FODMAP est l'acronyme anglais de «oligo-, di-, mono-saccharides et polyols fermentescibles». Il s'agit de glucides à chaîne courte, tels que le fructose, le lactose, les fructanes et les galactanes, et de polyols comme le sorbitol. Ces glucides sont naturellement présents dans de nombreux aliments ou ils sont ajoutés lors de la production alimentaire. Chez les personnes présentant une sensibilité digestive, les FODMAP peuvent être responsables de divers troubles digestifs.

Le concept FODMAP repose sur un fondement scientifique. Il consiste à éviter l'ingestion de glucides osmotiquement actifs et difficilement assimilables, qui peuvent être responsables de flatulences douloureuses et de diarrhées en raison de leur fermentation bactérienne dans le côlon. Dans des études, cette forme thérapeutique a montré des résultats prometteurs chez les patients atteints de SII [1]. Ce traitement ne guérit pas les patients, mais leur qualité de vie s'en trouve souvent améliorée [2–5]. Des études ont montré que les symptômes mentionnés dans la figure 1 s'amélioreraient chez jusqu'à 70% des patients [5].

Les premières publications portant sur le concept FODMAP remontent à 2005. Le gastro-entérologue Peter Gibson et la diététicienne Sue Shepherd ont à l'époque publié des études sur les répercussions des glucides à chaîne courte sur la digestion. Ces études ont été complétées par d'autres recherches dans ce domaine. En

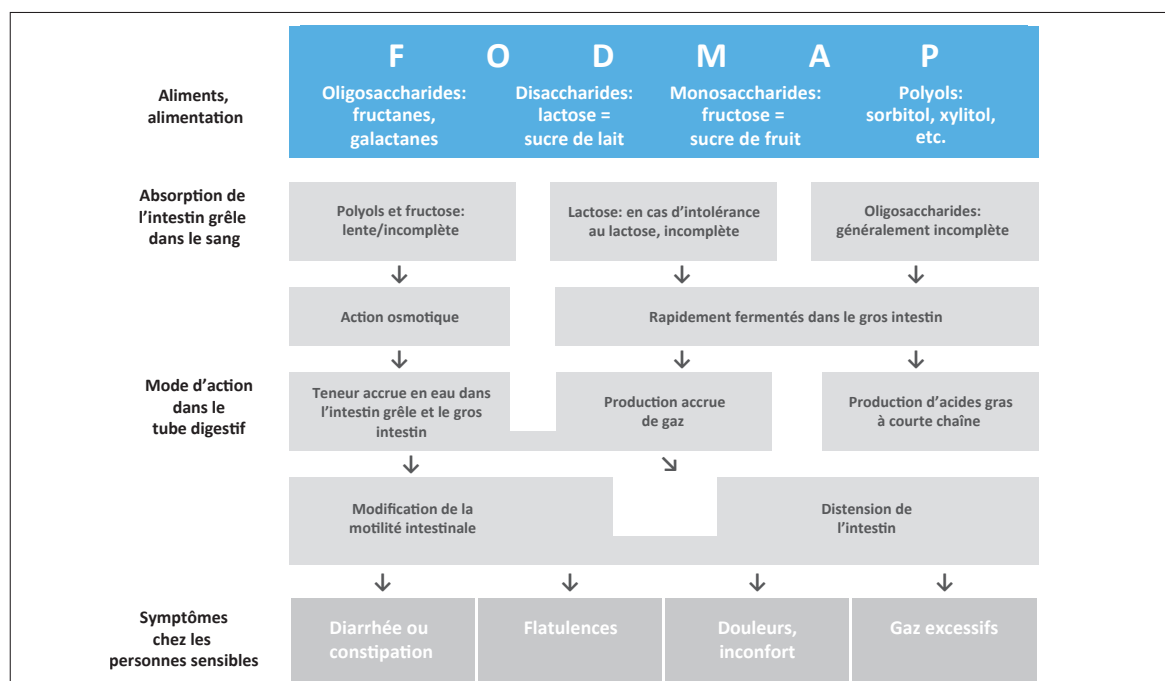


Figure 1: Les FODMAP et leurs effets et symptômes dans le tube digestif. © Beatrice Schilling d'après The theoretical basis for the relationship between FODMAPs and the genesis of gut symptoms, S. Shepard, P. Gibson 2011. www.fodmap.ch.

Australie, la Monash University n'a cessé de se pencher très intensivement sur la thématique des FODMAP depuis lors. En Suisse, le concept est régulièrement appliqué par les diététiciens spécifiquement formés depuis 2011 [6]. Ils informent les patients atteints de SII, les introduisent au concept et les accompagnent dans la mise en pratique de la théorie. Depuis la publication de l'étude Halmos en 2014 dans le journal *Gastroenterology* [7], cette forme thérapeutique s'est de plus en plus établie. Depuis lors, des cours de formation sur le régime pauvre en FODMAP s'adressant spécifiquement aux professionnels du domaine de l'alimentation sont proposés en Suisse.

Alimentation pauvre en FODMAP: comment procéder?

Une anamnèse minutieuse, un examen clinique et un diagnostic de SII sont les meilleures conditions pour débiter un régime pauvre en FODMAP [8]. Les patients dont les problèmes digestifs ne sont pas attribuables aux glucides à chaîne courte ne peuvent pas tirer de bénéfice d'un régime pauvre en FODMAP. C'est le cas des personnes qui présentent un déséquilibre au niveau du métabolisme lipidique ou protéique. Citons comme exemples le syndrome de malabsorption des

acides biliaires ou la sensibilisation à l'histamine. Il n'y a pas d'intérêt à débiter ce concept sans avoir exclu une maladie cœliaque. Il est déconseillé que les patients débutent un régime pauvre en FODMAP de leur propre initiative. Un accompagnement par un professionnel disposant de connaissances sur les FODMAP est fortement recommandé, car les bons résultats des études ont toujours été obtenus moyennant une formation intensive par des diététiciens.

L'adhérence au traitement à long terme est difficile. O'Keeffe et al. ont publié des données indiquant que ce régime alimentaire n'entraînait pas de carences, même sur le long terme [9].

1^{ère} phase – phase d'élimination

Comme l'illustre la figure 2, lorsqu'un patient est adressé par son médecin à un diététicien, le concept de l'alimentation pauvre en FODMAP est abordé de façon détaillée avant de débiter la 1^{ère} phase, la phase d'élimination. Les aspects suivants doivent être pris en compte:

- Le concept FODMAP ne convient pas à tous les patients;
- La motivation et les ressources doivent être prises en compte;
- Une bonne planification est très importante: il faut prévoir un certain temps pour la préparation et la familiarisation avec ce régime alimentaire (lire les listes d'ingrédients, adapter les recettes, etc.);
- Dresser une liste de courses facilite le passage au nouveau régime alimentaire;
- Le moment de la phase d'élimination limitée dans le temps doit être défini de sorte à convenir au patient;
- Les alternatives aux aliments riches en FODMAP doivent être indiquées au patient afin qu'il n'en résulte pas une alimentation déséquilibrée ou une malnutrition;
- Les apports en nutriments doivent continuer à être assurés. Par conséquent, une phase d'élimination limitée à au maximum deux à six semaines est recommandée;
- Il est judicieux de discuter d'idées de menu avec le patient et de lui indiquer comment procéder lors des repas à l'extérieur;
- L'entourage doit éventuellement être informé.

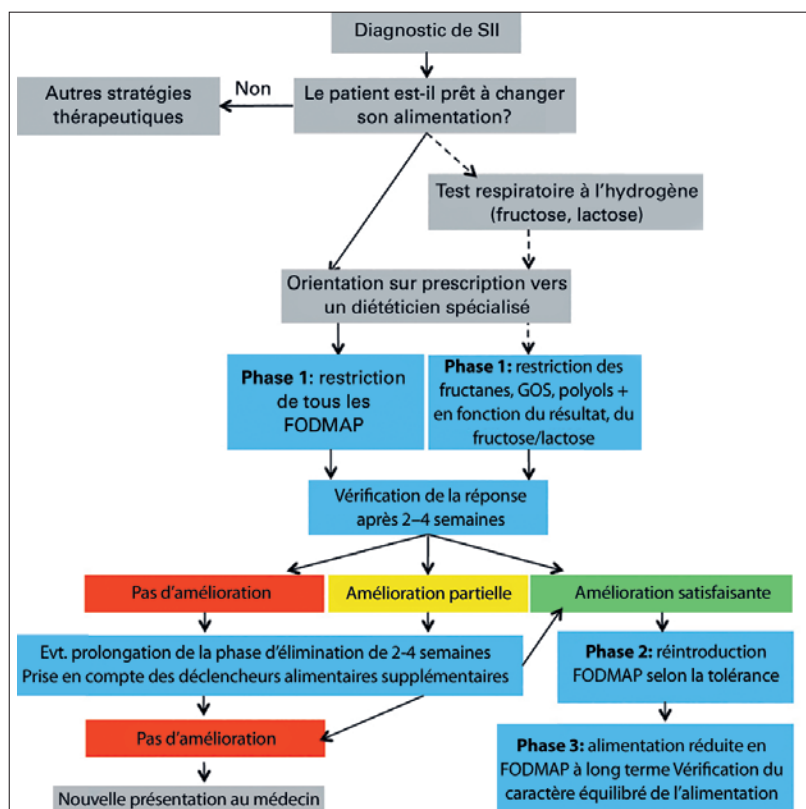


Figure 2: Concept FODMAP en cas de maladies intestinales fonctionnelles, 2016.

© Illustration originale réalisée d'après Silvia Maissen.

Tableau 1: Exemples de différents groupes de FODMAP.

Oligosaccharides	Fructanes (blé, inuline, oignon, ail), galactanes (légumineuses)
Disaccharides	Lactose (lait, produits laitiers)
Monosaccharides	Fructose (fruits, miel)
Polyols	Sorbitol, mannitol (fruits, légumes, champignons, alcools de sucre)

Correspondance:
Sandra Rütimann
Martinstrasse 5
CH-4622 Egerkingen
sandra.ruetimann[at]
diets-hin.ch

Lors de la 1^{ère} phase, tous les aliments riches en FODMAP sont strictement supprimés (tab. 1). L'objectif du traitement est d'obtenir une amélioration ou une diminution des troubles digestifs. Structurer le choix des aliments confère la sécurité nécessaire aux patients inquiets. En parallèle, cela favorise un comportement alimentaire sain. La qualité de vie peut être améliorée à long terme pour autant que cette phase d'élimination soit considérée comme une période limitée du concept global FODMAP et qu'elle soit effectivement limitée dans le temps.

2^e phase – phase de détermination du seuil de tolérance

Les restrictions inutiles doivent impérativement être évitées afin qu'une alimentation saine et consciente puisse être assurée. Par conséquent, on vérifie après deux à quatre semaines comment le patient a réagi à l'alimentation pauvre en FODMAP. Ensuite, au plus tard après six semaines, on procède à la réintroduction ciblée des différents groupes d'aliments afin de rendre à nouveau l'alimentation plus variée. Ce faisant, on

tente de déterminer au moyen de tests de denrées alimentaires spécifiés au patient quelles quantités sont tolérées par le patient sans déclencher de symptômes. Par conséquent, des tests répétés avec des quantités croissantes sont nécessaires.

Le principe du régime pauvre en FODMAP à long terme est de réduire les glucides à chaîne courte au maximum tolérable à l'échelle individuelle. Il convient de faire le moins de restrictions possible pour améliorer les symptômes.

Quels nutriments doivent être particulièrement bien surveillés?

Avec l'alimentation pauvre en FODMAP, la quantité de fibres alimentaires ingérée peut être insuffisante, ce qui peut être à l'origine de problèmes digestifs, tels que la constipation.

Il arrive que les oligosaccharides prébiotiques contenus dans les légumineuses par exemple, auxquels un effet préventif sur le cancer du côlon est attribué, soient totalement supprimés de l'alimentation avec ce régime, au lieu d'être mis à disposition de l'organisme en petites quantités possibles.

Des apports suffisants en calcium sont possibles, mais il est impératif de contrôler ce point.

Take-home-message

L'alimentation pauvre en FODMAP est un concept qui peut être utile chez les patients atteints du syndrome de l'intestin irritable, lorsqu'un succès thérapeutique satisfaisant n'a pas été obtenu malgré une bonne relation médecin-patient et l'utilisation de médicaments.

Une collaboration constructive entre les médecins et les diététiciens, qui sont formés à l'alimentation pauvre en FODMAP, pourrait dès lors représenter une chance pour le bien des patients dans le traitement du syndrome de l'intestin irritable. Les contacts correspondants peuvent être trouvés sur le site internet de l'Association suisse des diététicien-ne-s www.svde-asdd.ch ou sur www.fodmap.ch.

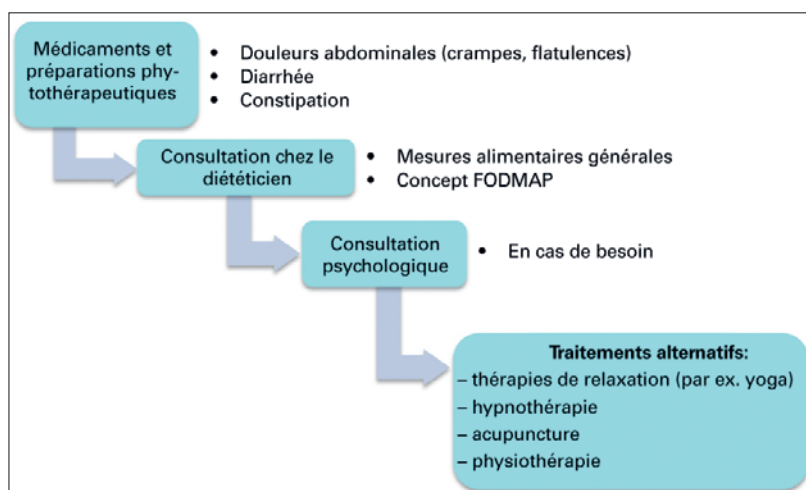


Figure 3: Marche à suivre et mesures possibles en cas de syndrome de l'intestin irritable. © Illustration originale réalisée sur la base de données de www.gastromed.ch (Ligue Gastrointestinale Suisse).

3^e phase – alimentation à long terme

L'alimentation à long terme correspond à un plan nutritionnel individuel, qui doit être vérifié et enrichi avec le maximum d'aliments tolérés. Dans un article de revue datant de juin 2020, Gibson et al. ont indiqué que le microbiome n'était pas limité par une alimentation pauvre en FODMAP. Il convient d'accorder une attention particulière aux répercussions à la fois positives et négatives durant l'augmentation des glucides fermentescibles afin que les effets prébiotiques, par exemple, ne soient pas négligés inutilement [10].

Chez les patients appartenant à un groupe à risque (troubles alimentaires, grossesse, sportifs, modes alimentaires spécifiques [végétalien]), il est judicieux de prévoir des consultations régulières, même sur le long terme.

Etant donné que les troubles digestifs peuvent être dus à des facteurs autres que l'alimentation, il est très important d'aborder le mode de vie, le stress et les éventuels aspects psychologiques (par ex. états anxieux). L'utilisation de probiotiques peut être envisagée. Leurs effets positifs sur les troubles intestinaux ne sont pas encore clairement démontrés scientifiquement, mais il existe néanmoins de premiers indices en ce sens [11].

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch.