

Romane Gricourt - étudiante à l'EDNH

Sujet: L'alimentation pauvre en fodmaps dans la prise en charge du SII

Matières : Nutrition thérapeutique- Pathologie



Matières : Nutrition thérapeutique et pathologie

SOMMAIRE:

Introduction.....	p1
I) Le Syndrome de l'intestin irritable.....	p1
A) Définitions.....	p1
B) Causes et conséquences de cette patho.....	p2
C) Diagnostic et traitements actuels.....	p3
II) Les fodmaps.....	p4
A) définition générale.....	p4
B) Le O et le D de fodmaps.....	p4
1) Oligosaccharides.....	p5
2) Disaccharides.....	p5
C) Le M et le P de fodmaps	p5
1) Monosaccharides.....	p6
2) Polyols et additifs alimentaires.....	p6
III) L'alimentation pauvre en fodmaps dans la prise en charge du SII.....	p7
A) le principe du régime fodmaps.....	p7
B) Fodmaps: sont-ils les seuls responsables des améliorations?.....	p8
C) Le rôle du diététicien dans la mise en place du régime..	p9
Conclusion.....	p10
Bibliographie/ Sitographie.....	p11
Annexes.....	p13

Douleurs, coliques, ballonnement, flatulences, brûlures d'estomac, diarrhées, constipation... La prévalence du **syndrome de l'intestin irritable** (SII ou IBS en anglais : irritable bowel syndrome) est en constante augmentation dans le monde. Dans les pays industrialisés, celle-ci va de **10 à 15 % de la population**.

Méconnue par les médecins, ce syndrome est souvent mal pris en charge, avec des patients qui se sentent incompris et une médecine qui tente de soigner les symptômes sans réussir à en comprendre la cause. Comme disait Aristote, "l'Alimentation est notre première médecine", et le **régime sans fodmaps** a alors fait discrètement mais sûrement son apparition pour soulager les patients. Qu'en est-il de ce régime? A quoi correspond-t-il? Est-il vraiment efficace pour lutter contre ces désordres digestifs? Peut-il améliorer la qualité de vie des malades? Ce sont toutes ces questions auxquelles j'ai essayé de répondre dans ce travail, mêlant à la fois recherches et expériences personnelles.

Dans un premier temps, nous verrons ce qu'est le syndrome de l'intestin irritable. Dans un second temps, nous verrons ce que signifient les fodmaps. Enfin, pour terminer, nous nous intéresserons au régime sans fodmaps dans la prise en charge de cette pathologie.

I) Le syndrome de l'intestin irritable

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) ou colopathie fonctionnelle (en anglais [IBS](#) : irritable bowel syndrome), est un trouble gastro-intestinal chronique affectant le gros intestin. Ce trouble touche davantage les femmes que les hommes, et affecte 10 à 15% de la population occidentale.

Cette pathologie de l'intestin n'est pas une pathologie grave, elle est surtout gênante pour le patient qui a des douleurs parfois violentes, mais elle n'altère pas le tissu intestinal et n'augmente pas la probabilité de développer un cancer.

Ce syndrome se manifeste tout d'abord par des **douleurs abdominales** chroniques (d'une durée de plus de trois mois) ou intermittentes (au moins trois jours par mois au cours des trois derniers mois). Sa survenue est souvent associée à une modification de la fréquence ou de la consistance des selles. La douleur peut être décrite comme une sensation de crampe, d'intensité et de localisation variables, ou comme un inconfort abdominal. Ces douleurs sont souvent accompagnées ou soulagées par la défécation ou le passage de gaz.

De plus, l'intestin irritable est souvent accompagné d'**altérations majeures du transit**.

Premièrement, il y a le SII avec diarrhée pour un tiers des cas (selles défaites > 25% du temps et selles dures < 25% du temps) qui est plus fréquent chez les hommes. Ensuite, on retrouve le SII avec constipation pour un tiers des cas également (selles dures > 25% du temps et selles molles < 25% du temps) et qui est plus fréquent chez les femmes. Enfin, il y

a le SII avec alternance de diarrhée et de constipation (selles dures et molles > 25% du temps) qui représente le dernier tiers des cas.

Les patients peuvent passer d'un sous groupe à l'autre. Ce sont les symptômes principaux mais il peut y avoir d'autres symptômes gastro-intestinaux et extra-intestinaux du SII (tableau en *annexe 2*)

Les symptômes peuvent s'aggraver par moments, s'estomper, disparaître, et revenir ensuite.

Le SII a des répercussions considérables sur la qualité de vie des patients, influençant plusieurs aspects du bien-être (fonctionnement social et émotionnel, concentration, sommeil, etc.). Il est aussi plus souvent associé à la dépression que dans la population générale.(30% versus 18%), ainsi qu'aux troubles anxieux (16% versus 6%)

Malgré les nombreuses observations, aucune cause n'est réellement incriminée, car c'est une maladie qui reste encore méconnue des scientifiques et médecins.

On pense aujourd'hui que les liens entre l'**état émotionnel et les symptômes intestinaux** sont forts car l'intestin fait partie de la réaction continue du tractus intestinal et du système nerveux central (SNC) aux stimuli internes et externes. Le système limbique et les structures paralimbiques relient l'intestin au SNC, permettant la transmission des états émotionnels au niveau de l'intestin et l'altération de la perception gastro-intestinale (contracture, ballonnement) au niveau du SNC. Ainsi, les facteurs psychiques, comme la dépression et l'anxiété, peuvent donc influencer la communication entre le SNC et le système nerveux entérique et provoquer des douleurs.

De plus, l'hypothèse d'une perturbation de la motilité intestinale est envisagée puisque les cellules du système nerveux intestinal libèrent de la sérotonine (5-HT), qui stimule la motilité intestinale, indépendamment des connexions afférentes avec le SNC. Les patients souffrants d'un SII présentent une **diminution de l'expression des transporteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (SERT)**. Cela engendre des taux de sérotonine constamment élevés et une dysrégulation de la motilité intestinale.

Les personnes souffrants de SII ont une perception très forte des stimuli, appelée **hypersensibilité viscérale**, ce qui est une cause possible du SII.

Une autre hypothèse envisage une **inflammation** de l'intestin : des études immunohistologiques proposent l'hypothèse d'une réponse immunitaire intestinale accrue avec l'augmentation du taux plasmatique des cytokines pro-inflammatoires chez les personnes présentant un SII. Des études d'analyse microbiologique de selles associent le SII à une altération de la flore intestinale avec une distribution bactérienne anormale .

Par ailleurs, les aliments riches en fodmaps semblent aussi accentuer les symptômes.

Enfin, selon une revue récente des études génétiques sur le SII, les membres de la famille d'un patient souffrant de SII ont deux à trois fois plus de risques de présenter un SII que la population générale.

Les différents mécanismes probables sont situés en *annexe 1*.

Le diagnostic du syndrome de l'intestin irritable (SII) est clinique, basé sur les critères de **Rome IV** (*Un patient pourrait être atteint du SII s'il connaît une douleur abdominale récurrente au moins une fois par semaine en moyenne depuis les trois derniers mois, et qu'elle est associée à au moins deux de ces critères : la défécation, un changement dans la fréquence des selles, un changement dans la forme (apparence) des selles*)

Avant tout, il faut rechercher des signes cliniques "d'alarme" pour rechercher une éventuelle pathologie organique (maladie de crohn, maladie coeliaque ...) par des **examens complémentaires**.

Les 3 signes d'alarme les plus pertinents sont l'âge supérieur à 50 ans, la présence de sang dans les selles et une diarrhée.

Le principal objectif du traitement est de **soulager les symptômes**, comme la douleur abdominale. Les médecins peuvent prescrire les antispasmodiques, les argiles et les médicaments à base d'alvérine demeurent l'option thérapeutique habituelle même si la plupart de ces médicaments sont de moins en moins remboursés.

Pour l'alimentation, il s'avère que certains malades sont probablement intolérants à certains aliments mais il faut de réelles preuves pour pouvoir proposer des régimes d'exclusion. Le régime pauvre en fodmaps, qui fait l'objet de ce travail, est également une mesure en pleine expansion à ce jour.

La meilleure connaissance de la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable a permis de diversifier les solutions thérapeutiques car on sait aujourd'hui que l'hypersensibilité viscérale est un élément extrêmement important, les solutions thérapeutiques peuvent ainsi être dirigées vers ce modèle. On peut donc utiliser les antidépresseurs (avant tout les tricycliques) à faible dose, les médicaments sérotoninergiques (les agonistes des récepteurs de type 4)

Le recours à des **solutions non médicamenteuses** (hypnose, psychothérapie, relaxation, yoga, etc.) pour se relaxer et diminuer le stress peuvent être des options à proposer pour

certaines maladies puisque les causes de ce syndrome peuvent être psychologiques. Enfin, l'utilisation de **probiotiques** pourrait être une solution pour modifier la flore bactérienne.

Favoriser les fibres solubles, pratiquer une activité sportive, se relaxer ...sont autant de méthodes simples, mais qui peuvent, pour certains patients, s'avérer efficaces, tout comme le régime sans FODMAPs, dont nous allons voir les caractéristiques.

II) Les FODMAPs

Le terme FODMAPs a été inventé par **Sue Sheppard** en 2005 (nutritionniste australienne). FODMAPs signifie Fermentable by colonic bacteria oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols (en français, cela donne Oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentescibles par la flore intestinale).

Les FODMAPs sont des **glucides particuliers** qui sont peu digérés pour l'ensemble de la population, car ils arrivent quasiment intacts jusqu'à un endroit de l'intestin où ils servent de nourriture aux bactéries locales. Les sucres sont tous constitués d'atomes de carbone, d'hydrogène, et d'oxygène. Ce sont la principale source d'énergie du corps car ils sont normalement faciles à digérer, et sont utilisés préférentiellement par toutes nos cellules du corps. Parmi ces sucres, les FODMAPs ont des caractéristiques particulières dont la digestion est au contraire plus difficile pour l'organisme. Chez les personnes qui sont intolérantes, ces derniers ne sont pas digérés (ou de manière incomplète), et ils passent dans le côlon où ils attirent de l'eau, ce qui a comme conséquence de distendre le gros intestin et fermenter sous l'action des bactéries intestinales, provoquant alors des inconforts intestinaux (gazs, ballonnements, douleurs...). Ensuite, cela va engendrer une accélération du transit, avec des diarrhées, ou bien une alternance de diarrhées et constipation.

Les FODMAPs ont chacun leurs caractéristiques propres.

Les **oligosaccharides** et les **disaccharides** sont constitués principalement de deux formes de sucre: les fructanes et les galacto-oligosaccharides.

Les **fructanes** sont des fibres solubles à courtes chaînes de fructose. Elles sont très bénéfiques pour la flore intestinale, car comme les amidons résistants, elles nourrissent les bonnes bactéries de l'intestin. De plus elles sont anti-inflammatoires et génèrent des gazs comme le butyrate qui sont excellents pour la santé (permettent de conserver la muqueuse intestinale en bon état).

Les fructanes sont donc constituées de **deux molécules de fructose** reliées entre elles par des molécules non digérées par l'intestin. 99% de ces bactéries se retrouvent dans le côlon : c'est pourquoi la plupart des gens les digèrent mal et souffrent de gaz. Ces sucres se retrouvent principalement dans l'ail, les oignons, les poireaux, les choux (aliments fibreux).

Les **galactanes** regroupent quant à elles le **raffinose et le stachyose** : des sucres que l'on retrouve principalement dans les légumes secs, (pois chiches, lentilles, haricots rouges/blancs ...). Les légumineuses sont recommandés, entre autre, dans les problèmes de cholestérolémie élevée grâce à leur richesse en phytostérol (qui font diminuer le taux de cholestérol) et également pour leur indice glycémique très bas mais elles sont très peu digérables par l'organisme.

De plus, le raffinose multiplie la production de gaz par 12. En effet, quand il arrive en trop grande quantité dans le côlon, il n'y a pas suffisamment de galactosidase (enzyme qui dégrade ce sucre). Il ne reste donc plus que les bactéries locales qui se chargent du travail et elles produisent du gaz et éventuellement des douleurs pour les personnes sensibles.

La teneur en oligosaccharides dépend de nombreux facteurs (maturité du végétal, la préparation ...). Ainsi, une banane peu mûre en contient beaucoup alors qu'une fois mûre, elle n'en renferme que très peu.

Les **disaccharides** ou "diholosides" sont les sucres formés par **deux sucres** (oses). Par exemple, le **lactose** est un disaccharide formé d'une molécule de glucose et une molécule de galactose. Le saccharose, c'est du glucose et du fructose, etc ...

Dans le corps, les glucides sont absorbés uniquement s'ils sont simples.

Dés qu'ils doivent être dégradés, ils sont susceptibles d'engendrer des problèmes gastro intestinaux car il faut pour cela des enzymes, que le corps n'a pas automatiquement (ou pas suffisamment, selon la quantité absorbées de ces sucres).

Ces enzymes sont les disaccharidases (lactases pour le lactose, thréalase pour le tréhalose, etc...).

Les disaccharides les plus problématiques sont le lactose (sucre du lait) car il provoque une **distension** en attirant de l'eau à lui. En effet, la lactase est une enzyme naturellement présente chez le nouveau-né et l'enfant, mais au fur et à mesure de l'âge, elle disparaît plus ou moins complètement. Le lactose, quand il arrive dans le côlon, peut provoquer des gaz et des douleurs si la personne souffre de SII.

Également, le saccharose (sucre de table) fait partie des disaccharides mais il ne pose pas forcément de problèmes s'il est consommé en quantité raisonnable.

Les **Monosaccharides** constituent le M du mot fodmaps. Il s'agit principalement du **fructose** (le sucre des fruits et du miel). C'est un sucre simple, qui, une fois attaché au

glucose, forme le saccharose (donc, quand on avale une cuillère à café de sucre de table, on avale en réalité 2.5 g de fructose et 2.5 g de glucose).

Il existe deux formes d'intolérance au fructose: une due à une maladie intestinale (mauvaise absorption ou malabsorption acquise) provoquée par des agressions répétées de la muqueuse et paroi intestinale (traitements médicamenteux, stress, chronique, maladie de Crohn, intolérance au gluten ...) La seconde est héréditaire: il s'agit de la fructosémie (il n'existe pas d'enzymes dans le corps qui puissent dégrader le fructose). Dans ces cas, le fructose arrive dans l'intestin entier, où il fermente et est dégradé par les bactéries de la flore intestinale, ce qui provoque, encore une fois, douleurs et ballonnements.

D'une manière générale, pour être correctement digéré, **le fructose a besoin d'une molécule de glucose**. C'est le cas dans certains fruits, mais quand le ratio est trop faible pour le glucose (quand il y a trop de fructose), cela engendre des inconforts digestifs qui, encore une fois, s'aggravent en cas de SII

Evidemment, la teneur en fructose des fruits est variable en fonction de la maturité, de la saison, de la variété du végétal.

Les **polyols** sont les sucres qui se terminent en **-ol** (sorbitol, mannitol, xylitol ...). Ces sucres se retrouvent naturellement dans certains fruits et légumes, mais les quantités sont moindres. Ils sont surtout problématiques dans les aliments tels que les confiseries sans sucres (chewing gum, bonbons, gâteaux...). C'est le cas notamment de nombreux **produits diététiques ou pour les diabétiques**. Le paquet indique généralement : "une consommation excessive peut provoquer des inconforts intestinaux sans gravité": cela étant dit, toutes les personnes ne réagissent pas de la même manière... Les ballonnements ou les crampes peuvent être induits par ces édulcorants qu'il vaudrait mieux éviter, surtout en cas de problème intestinal.

Par ailleurs, le sorbitol, qui fait partie des polyols, est un puissant laxatif que même les personnes sans inconfort digestif ont du mal à digérer. Même si le sorbitol est présent en très petites quantités dans certains fruits (poires, cerises...), il faudrait avaler des kilos et des kilos entiers de ces denrées pour atteindre le taux des confiseries qui en contiennent. Par exemple : 120 cerises = 1 bonbon à la menthe sans sucres. Et il ne suffit que de 2 ou 3 petits bonbons pour provoquer des douleurs abdominales.

Ainsi, en s'abstenant simplement de manger des confiseries sans sucre, on échappe à l'immense majorité de ces FODMAPs, ce n'est donc pas très compliqué.

Le cas des **additifs** : qu'ils soient classés ou non dans les FODMAPs, sont très **indigestes**. C'est le cas notamment des celluloses et de leurs dérivés (de E460 à E469), le glutamate et ses dérivés (de E620 à E625), les gommes (de E410 à E446), et les édulcorants divers (de E950 à E968), etc...

On les retrouve essentiellement dans les **produits industriels, les plats préparés**... Ils permettent non seulement d'allonger la durée de vie du produit et de donner de la couleur, mais aussi de modifier la consistance, la texture en bouche, la palatabilité... Toutes ces modifications du produit sont susceptibles de menacer le confort intestinal.

III) L'alimentation pauvre en fodmaps dans la prise en charge du SII

Les effets d'une alimentation pauvre en fodmaps a été prouvée de nombreuses fois chez les personnes souffrant de côlon irritable. Selon divers travaux, plus de 75 % d'entre elles disent voir leurs symptômes disparaître. C'est un résultat très élevé qui dépasse les autres régimes ou médicaments antispasmodique prescrits.

Ce régime est un régime régulièrement prescrit par les gastro-entérologues pour lutter contre les colites, avant la prescription de tout autre médicament. C'est une alimentation quotidienne normale mais qui interdit durant une durée limitée tous les aliments qui contiennent beaucoup de fodmaps (certains fruits, légumes, certains produits laitiers...) Petit à petit, il s'agit de **réintroduire** famille par famille les aliments pour déceler quelle famille pose le plus de problème. Ce régime a pour but de rendre une **alimentation beaucoup plus digeste** aux personnes qui digèrent mal les fodmaps. L'objectif est de chercher les aliments qui peuvent gêner pour pouvoir consommer les autres sereinement et ne plus souffrir de troubles gênants. A terme, ce régime alimentaire permettra de **réduire les inconforts digestifs**.

Il convient tout de même de rappeler que les fodmaps ne sont pas responsables du SII. En revanche, un régime riche en ces sucres peut aggraver les symptômes. En effet, de part leur fermentation dans le côlon, ils donnent aux bactéries intestinales l'opportunité de produire de grandes quantités d'hydrogène et de méthane.

Mettre en place un régime sans fodmaps peut s'avérer **contraignant** et très compliqué au départ pour les personnes qui souhaitent le mettre en place, et il est nécessaire de le faire en **collaboration avec des professionnels de santé** (gastro-entérologue et diététicien).

D'autre part, il existe des **symptômes extra digestifs**, qui peuvent résulter d'une intolérance aux fodmaps comme les démangeaisons, les crises d'urticaire ou d'eczéma, les langues chargées, les bruits stomacaux (borborygmes), la mauvaise haleine, etc..

Les étapes du régime:

Suite à un **diagnostic** posé par un gastro-entérologue, la mise en place d'une alimentation "pauvre en Fodmaps" se décompose en deux grandes étapes.

La première consiste à **supprimer l'ensemble des aliments** contenant des Fodmaps pendant une période de six à huit semaines. Cette phase nécessite un accompagnement personnalisé par un diététicien spécialiste.

La seconde étape du régime implique de **réintégrer progressivement** les aliments riches en Fodmap pour permettre au patient de mieux identifier les Fodmaps tolérés de ceux générateurs de troubles. Cette réintroduction doit se faire de manière adaptée : un seul Fodmap à la fois, avec une dose croissante sur plusieurs jours, la réapparition de signes correspondant au dépassement du seuil de tolérance. Cette étape de réintroduction est capitale car elle permet d'élargir le répertoire alimentaire du patient, ce qui contribue à garantir une meilleure couverture de ses besoins nutritionnels.

Plus de 90% des patients souffrants de SII font un lien avec l'alimentation et $\frac{2}{3}$ font des régimes restrictifs dont les plus courants sont les régimes sans gluten et sans fodmaps.

Le régime sans fodmaps est souvent prescrit par les gastro-entérologues et cela bien avant que le nom fodmaps soit nommé en 2005. En effet, en 1982, des gastro-entérologues américains (les Drs Jones et Hunter de l'hôpital Addenbrookes) publiaient une étude qui démontrait que si les patients supprimaient certaines catégories d'aliments, 70% de ceux-ci voyaient leurs symptômes du "côlon irritable" diminuer, et que si les autres patients persistaient, c'était plus de 90% qui voyaient disparaître leurs symptômes au bout de 2 ans. Au contraire, quand ils réintroduisent ces aliments, leurs symptômes réapparaissent. Leur conclusion montrait que les personnes souffrant du SII sont en réalité intolérantes à certains aliments.

Quid du régime sans gluten?

Biesiekierski et al., en 2011, publient une étude sur 34 patients souffrant du SII tous mis au régime sans gluten puis on leur apporte, sans leur dire, soit du gluten soit un placebo. Une différence significative dans une amélioration des symptômes du SII a été mise en lumière entre ces deux groupes, en faveur de ceux sans gluten. Cette même étude a été renouvelée en 2013 avec des patients mis cette fois sous régime sans fodmaps. De cette manière, il n'y a plus eu de différence entre les deux groupes pour les symptômes du SII.

En 2015, une étude d'Imran Aziz et al. évalue l'effet d'un régime sans gluten sur des patients souffrant de SII et 71% des patients ont vu une amélioration de leurs symptômes et une meilleure réponse sur la distension abdominale.

Pour certains scientifiques italiens, les preuves de la supériorité du régime sans fodmaps contre ceux sans gluten ou équilibrés ont été insuffisantes concernant l'amélioration des symptômes du SII.

Le but de leur étude est d'évaluer si différents régimes alimentaires peuvent améliorer la qualité de vie dans le SII. 42 patients atteints d'IBS ont été inscrits et des régimes à faible teneur en FODMAP, sans gluten et équilibrés ont été proposés à chaque patient dans la même succession. Chaque régime a été suivi pendant 4 semaines. 28 des 42 patients ont terminé les trois régimes. Les trois régimes ont réduit la gravité des symptômes et ont permis une amélioration de la qualité de vie. 3% des patients ont exprimé une préférence pour le régime pauvre en FODMAP, 11% pour le régime sans gluten et 86% pour le régime équilibré. Le **régime alimentaire équilibré** améliore la douleur de la qualité de vie et fournit une quantité adéquate de FODMAP et il est plus apprécié par les patients.

Ainsi, on peut se demander si ce sont les fodmaps les seuls responsables de ces problèmes intestinaux chroniques, ou si c'est le fait d'être associé à une **éviction très large** de catégories d'aliments qui pourraient engendrer ou aggraver les symptômes.

Peut-être que ce ne sont pas les fodmaps les seuls responsables du SII, mais que ce sont des aliments ou des **intolérances propres à chacun** des patients.

En effet, dans toutes les recherches que j'ai pu effectuer, il est revenu de nombreuses fois que cette pathologie ne résultait pas d'une cause unique et n'était pas soulagée par un traitement unique, mais qu'il fallait **s'adapter à chaque patient** (d'où la complexité). Cela revient à dire que l'éviction des fodmaps inclut énormément d'aliments, mais c'est parfois avec des changements moins radicaux et des aliments plus précis que l'on arrive à voir une amélioration. Il faut, dans tous les cas, s'adapter au patient et à ses douleurs pour **cibler quels aliments ou catégories d'aliments aggravent** ces symptômes.

Les patients souffrant de SII voient parfois leur **qualité de vie diminuée** par leurs symptômes. L'alimentation pauvre en Fodmap semble représenter une option thérapeutique intéressante dont l'efficacité est maintenant confirmée par de nombreux travaux.

Les patients souffrant de SII comprennent les explications lorsque celles-ci sont données directement par le gastro-entérologue sans l'intervention d'un(e) diététicien(ne). Cependant, moins de la moitié d'entre eux adhèrent totalement au régime et la majorité des patients souhaitent une prise en charge diététique dans leur suivi.

Le rôle du diététicien dans cette prise en charge est capital. Il est possible d'imaginer que dans le parcours de soins du patient, la place de la diététique devienne centrale dans les années à venir. Cela laisse envisager une **collaboration** encore plus étroite entre les **gastro-entérologues et les diététiciens**.

Lors du premier entretien pour la mise en place du régime, celui-ci recueille l'ensemble des signes cliniques digestifs du patient et il **explique l'intérêt et la pertinence du régime**, ainsi que la façon de le mettre en place.

Ce premier entretien permet également d'identifier les représentations du patient, ses peurs, ses attentes, etc. Il semble nécessaire de présenter le régime de manière ludique, en mettant en évidence qu'une alimentation pauvre en Fodmap peut être agréable et améliorer la qualité de vie. Les connaissances du diététicien de même que les qualités humaines et relationnelles sont indispensables pour donner confiance au patient.

Suite à la phase d'éviction totale, les **consultations diététiques régulières** permettent d'observer l'évolution des symptômes et l'étude du carnet alimentaire afin de s'assurer du respect des règles du régime. La **réintroduction, guidée** par le professionnel de santé, doit se poursuivre jusqu'à ce que le patient ait une connaissance parfaite de ses tolérances digestives et des aliments qu'il doit consommer avec prudence.

Conclusion:

Le syndrome de l'intestin irritable est encore **méconnu** du corps médical et la prise en charge reste compliquée pour les médecins qui ne savent pas encore comment soulager leurs patients. Les causes de cette pathologie sont encore floues, semblent **multifactorielles** et le **caractère psychosomatique** rend la chose d'autant plus complexe. L'alimentation pauvre en fodmaps a, plus d'une fois, démontrée ses preuves vis à vis du syndrome de l'intestin irritable. Elle permet généralement de soulager les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des patients car la fermentation colique n'est clairement pas l'ami des patients avec un côlon irrité...

La mise en place de ce régime est faite sous **surveillance médicale**, avec l'association d'un gastro-entérologue prescripteur, et d'un diététicien acteur et collaborateur avec le patient. Ce régime doit être **encadré**, afin que l'état nutritionnel du patient soit correct et que la réintégration se passe dans les meilleures conditions.

Cependant, même si ce régime semble tout à fait approprié à cette pathologie, il semblerait néanmoins que d'autres exclusions alimentaires peut-être moins restrictives pourrait avoir un effet thérapeutique comme l'éviction du gluten ou tout simplement veiller à avoir une alimentation équilibrée.

Ainsi, nous nous attendons à voir émerger, dans les prochaines années, de nouvelles études qui pourraient certainement permettre à tous -patients et corps médical- de mieux **comprendre les causes et les mécanismes** de cette maladie afin de pouvoir, enfin, **soulager ces malades chroniques**.

BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAPHIE

Pierre Lombard, publié le 31/05/2006 sur le site lanutrition
: <https://www.lanutrition.fr/les-news/fodmaps-et-colon-irritable-enfin-des-preuves>

Site de
nutrining: <https://www.nutrining.com/actu/fodmap-syndrome-de-lintestin-irritable/?v=11aedd0e4327>

Par Sofia Zisimopoulou et Idris Guessous, 2012, sur revmed
: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-355/Syndrome-de-l-intestin-irritable-un-diagnostic-d-exclusion>

Par Marie-Céline-Ray, sur futurasciences
: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/maladie-syndrome-intestin-irritable-16615/>

Le 15/02/2017 sur le site de l'inserm
: <https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/vers-soulagement-pour-syndrome-intestin-irritable>

Par Benoit Coffin, en février 2009, sur le site de science direct
: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0399832009715209>

Par Vassilia Theodorou, le 18 février 2020 sur le site du cnrs
: <http://www.cnrs.fr/fr/syndrome-de-lintestin-irritable-un-nouveau-mecanisme-expliquant-la-douleur-abdominale>

Par Pauline VanOuytsel sur sciencedirect
: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0985056217302327>

Par Turco.R en mai 2018 sur le site de pubmed :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29764491>

Par AltoBelli E, août 2017 sur le site de
pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846594>

Par Lopes SS, en mai 2019 sur le site de pubmed
: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31141064>

Par Paduano D, en juillet 2019 sur le site de pubmed:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31336747>

Travail de recherche - Romane Gricourt

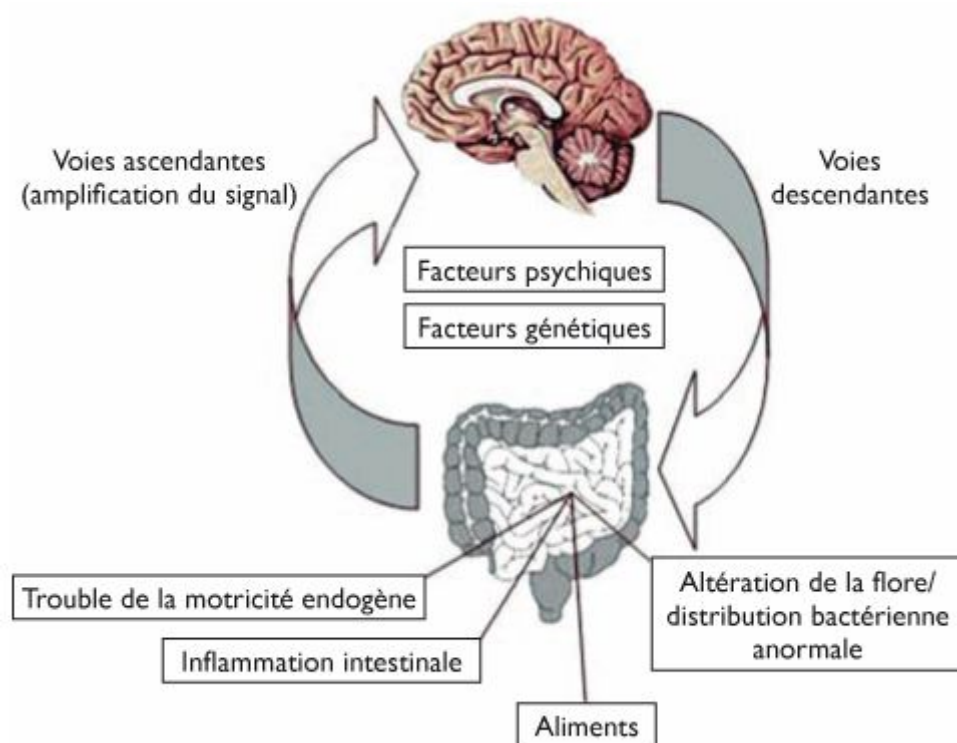
Par Dr. Schaër institut, sur le site du drschaer
:<https://www.drschaer.com/fr/institute/a/prevalence-intestin-irritable>

Par Florian Saffer en avril 2017 sur le site adl.asso
:<http://www.adl-asso.com/publications/20-PRANUT260.pdf>

Par AL Tarrerias en 2015
:<http://acen.lavoisier.edpsciences.org/articles/lvacen/abs/2016/01/101900014/101900014.html>

Le grand livre des Fodmaps, Dr. Pierre NYS, édition LeDuc.s

ANNEXES



Annexe1: Mécanismes probables de l'apparition du SII

<https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-355/Syndrome-de-l-intestin-irritable-un-diagnostic-d->

exclusion

Manifestations cliniques	Critères cliniques	Signes/symptômes d'alarme
Gastro-intestinales • Douleur abdominale chronique • Altérations du transit • Passage de mucus • Sensation d'évacuation incomplète • Ballonnement • Distension abdominale • Borborygmes • Flatulences	Manning • Douleur abdominale soulagée par la défécation • Selles défaites ou fréquentes • Distension abdominale • Mucus dans les selles • Sensation d'évacuation incomplète	• Age > 50 ans • Perte pondérale involontaire • Antécédents familiaux (maladie intestinale chronique inflammatoire, cancer colorectal, maladie cœliaque) • Rectorragies • Symptômes nocturnes • Fièvre • Anomalie à l'examen clinique (masse abdominale, signes d'anémie)
Extra-intestinales • Impuissance sexuelle • Dysménorrhée • Dyspareunie • Symptômes de fibromyalgie	Rome I > 12 semaines de douleurs ou inconfort abdominal continus ou récurrents : 1. soulagés par la défécation ou 2. associés à une modification de la fréquence ou de la consistance des selles Avec au moins deux des critères suivants : 1. modification de la fréquence des selles 2. modification de la consistance des selles 3. passage de mucus 4. ballonnement ou distension abdominale	
	Rome II • Inconfort ou douleur abdominale pendant > 12 semaines durant les douze mois précédents • Au moins deux des critères suivants : amélioration par la défécation, survenue associée à une modification de la fréquence des selles, survenue associée à une modification de la consistance des selles	
	Rome III Douleur ou inconfort abdominal survenant au moins trois jours/mois durant les trois derniers mois avec début des symptômes > 6 mois avant le diagnostic, associés avec au moins deux des critères suivants : • amélioration par la défécation • survenue associée à une modification de la fréquence des selles • survenue associée à une modification de la consistance des selles	

Annexe 2 : Manifestations et critères cliniques principaux montrant la présence du SII

<https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-355/Syndrome-de-l-intestin-irritable-un-diagnostic-d-exclusion>