



Les régimes « SANS », « HYPO », « HYPER »
Quelles indications ? Quels risques pour la santé?

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Novembre 2017

Rédacteur : Dr Y.Lequeux–généraliste – coordonnateur des Groupes Qualité des Pays de la Loire

Groupe de lecture :

- animateurs GQ Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

L'alimentation est très souvent évoquée au cours de nos consultations et nous rencontrons de plus en plus de patients qui pour des motivations diverses et souvent complexes s'imposent des régimes ou pratiques alimentaires « atypique »

Le type d'alimentation est devenu un enjeu médiatique, économique et culturel, source de débats et de controverses.

Pas une seule revue ou magazine sans conseils diététiques, les livres sur les régimes en tout genre se vendent par milliers, les plates-formes santé abondent sur le net.

La recherche de la perte de poids sans indication médicale formelle, avec des motivations diverses: bien-être, performance sportive, effet mode... Les régimes « amaigrissant » sont légion et pour tous les goûts. Ils sont souvent très hypocaloriques ou déséquilibrés sur le plan nutritionnel et peuvent comporter des risques graves pour la santé.

Le gluten est aujourd'hui à « toutes les sauces ». De plus en plus de patient se déclarent « intolérant » au gluten pour des symptômes multiples sans aucune évaluation médicale préalable ni suivi. Le marketing de l'industrie alimentaire est à la hauteur de la popularité de ce régime

Comment réagir en tant que soignant ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Risques sanitaires liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. ANSES. Novembre **2010**. www.anses.fr ;
2. Des modalités très diverses du régime hypocalorique. La Rev Prescrire. 27 ;282. Avril **2007** ;
3. HAS. Quelles recherches d'anticorps prescrire dans la maladie coeliaque. Mise à jour **2008** ;
4. Maladie coeliaque : la biopsie est-elle toujours nécessaire ? Bibliomed ;**2014** ;
5. P.Ducrotté. Régime pauvre en sucre fermentescibles : les « FODMAPs » ; SNFGE.**2016** ;
6. J-M Sabaté, P.Jouët. Prise en charge du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII) SNFGE.**2016** ;
7. L'apport sodé excessif, facteur de risque cardiovasculaire ? Bibliomed..**2010** ;
8. Régime sans gluten : quelques repères. La Rev.Prescrire. **2015** ;
9. C. Dupont et coll. Prise en charge diététique de l'allergie aux protéines du lait de vache. Recommandation SFP. **2011**;18:79-94 ;
10. Les régimes végétariens chez les enfants et les adolescents. Société canadienne de pédiatrie. **2010**;15(5):309-14 ;
11. Lomer MC, Parkes GC, Sanderson JD. Intolérance au lactose. Review article: lactose intolerance in clinical practice--myths and realities. Aliment Pharmacol Ther. **2008** ;
12. D.Turck. Gluten, courbe de croissance : quoi de neuf ? Médecine&enfance.**2009** ;
13. B.Jolivet. La maladie coeliaque ou intolérance au gluten. Médecine. avril **2015** ;
14. Recommandation sur l'âge d'introduction du gluten. Société Européenne de gastroentérologie. **2008** ;
15. B.Moreau. Maladie coeliaque ou intolérance ? du gluten à toutes les sauces. Le médecin du Québec. **2014** ;
16. Intolérance au lactose. Aliment Pharmacol Ther. **2008** ;
17. S.Maitre. Allergie ou intolérance alimentaire. Rev Med Suisse.**2014**;10:846-53 ; <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-426/Allergie-ou-intolerance-alimentaire#fig2>
18. Y.Coattrevec et coll. Bienfaits du régime sans gluten. Rev Med Suisse. **2015** ;
19. A. Van Gossum. A quel régime se vouer ? Rev.Med.Brux. **2016** ;
20. Maladie coeliaque : maladie pédiatrique « rare » ? Bibliomed. **2014** ;
21. Les compléments alimentaires destinés aux sportifs. Anses. **2016** ; <https://www.anses.fr/fr/content/compl%C3%A9ments-alimentaires-destin%C3%A9s-aux-sportifs-des-risques-pour-la-sant%C3%A9-pour-des-b%C3%A9n%C3%A9fices>
22. J.Gueguen et coll.Evaluation de l'efficacité de la pratique du jeûne comme pratique à visée préventive ou thérapeutique. INSERM.**2014** ; <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>
23. Santé et dérives sectaires. MIVILUDES. **2012**. <http://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-que-une-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/les-d%C3%A9rives-sectaires-dans-le-domaine-de-la-sant%C3%A9/quand>

QUELQUES REPERES POUR NOTRE PRATIQUE :

LES REGIMES AMAIGRISSANT

La recherche de la perte de poids sans indication médicale peut comporter des effets néfastes, qu'il faut savoir dépister.

LES PRINCIPAUX TYPES DE REGIMES :

Les « **monorégimes** » proposent une alimentation fondée seulement sur un ou quelques aliments (par exemple : ananas, choux). Donc très peu calorique mais aussi très pauvre en protéines.

Les régimes « **hyperprotéinés** » : le plus connu, le régime Dukan.

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11690-011-0281-x>

Les régimes « **dissociés** » : chrono-nutrition, on mange de tout ou presque, mais à des moments différents (glucide le midi, protéines le soir). Le plus connu, le régime « Montignac ». La perte du poids est attribuée à la réduction spontanée de la ration alimentaire par le manque d'attrait des aliments dénués d'accompagnement.

Les « **cures de jeûne** » : Si la pratique du jeûne encadré médicalement semble globalement peu dangereuse, des risques réels existent dans des contextes différents et la plus grande prudence est alors de mise.

Il peut s'agir de jeûne complet ou hydrique, de jeûne partiel, continu ou intermittent, pratiqué dans un but d'amélioration de la santé ou à visée thérapeutique.

L'analyse des études sur le jeûne en tant que pratique thérapeutique (polyarthrite rhumatoïde, facteurs de risque cardio-vasculaire, obésité, sommeil) ne permettent pas de conclure, de par leur faible effectif, leurs qualités méthodologiques discutables et surtout limitée par la dimension particulière du jeûne.

De nouvelles études sont en cours sur son utilisation pour limiter les effets secondaires des chimiothérapies. <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>

Mais aussi aujourd'hui des offres pléthoriques de régimes, attachées à des labels divers où se côtoient professionnels de santé, médecins et paramédicaux, ainsi que thérapeutes individuels auto proclamés. Quelques exemples :

- « Atkins » : stop sucres, graisses et protéines illimitées ;
- « Diète protéinée » : Consommation exclusive de sachets de protéines et de légumes.
- « Hollywood » : Consommation exclusive de fruits et de légumes ;
- « Mayo » : Suppression des produits laitiers, d'œufs, de fruits et de légumes ;
- « New glucose révolution » : sélection d'aliments à faible index glycémique (légumes secs, céréales complètes. Il repose sur le principe selon lequel un contrôle de la glycémie et une épargne d'insulinosécrétion limitent le stockage sous forme de lipides et favorise leur mobilisation et le contrôle de l'appétit. ;
- « Lighterlife » : les repas sont remplacés par des barres, des shake et des potages. (500 Kcal/jour) ;
- « Scardale » : Suppression des produits laitiers et des huiles, consommation séparée des sucres et graisses ;
- « Slim data » : basé sur l'index métabolique des aliments (Slim Data) avec un classement en 3 catégories : vert, à consommer à volonté, orange, à manger modérément et rouge à éviter ;
- « Paléo » : basé sur l'alimentation de nos ancêtres !
- Johanna Budwig prétend s'attaquer au cancer ou à d'autres maladies en faisant ingérer au malade de l'huile essentielle de lin non chauffée et non traitée et du lait caillé, appelé la crème Budwig,

- Rudolf Breuss propose, quant à lui, une cure de jus de légumes de 42 jours comme cure anti-cancer.
- Alain Scohy propose de soigner le cancer par un traitement à base de jus de citron.
-

Quels sont les principaux risques de ces régimes ?

Les régimes très hypocaloriques (dont le jeûne) peuvent induire :

- de façon aigüe des accidents avec mort subite, par troubles du rythme cardiaque (risque élevé d'hypokaliémie) ;
- associés à une activité physique, des risques de malaise vagal, ou hypoglycémique ;
- altèrent le statut en fer (<300 kcal/jour pendant 2 semaines) ;
- provoquer des inflammations et fibroses modérées aux niveaux hépatique et portal ainsi que des calculs biliaires ;
- effet délétère sur le capital osseux.

Chez la femme enceinte ou allaitante : Une restriction énergétique en cours de grossesse entraîne un ralentissement de la croissance fœtale (3ème trimestre), ainsi qu'une plus forte prévalence de fausses couches, de naissances prématurées et de naissances par césarienne.

Chez la femme allaitante, la valeur nutritionnelle du lait est indépendante du statut nutritionnel maternel pour la teneur, calcium, fer, zinc, cuivre. Les concentrations en iode, vitamines hydrosolubles et la qualité des acides gras restent cependant influencées par l'alimentation maternelle. De plus, le niveau de la production lactée peut être affecté par une malnutrition protéino-énergétique et cela peut retentir sur la croissance de l'enfant.

Chez l'enfant ou l'adolescent : Une restriction calorique, entraîne un ralentissement de la croissance et du développement pubertaire. A ces risques, s'ajoutent des risques de retentissement psychologique, d'aménorrhées primaires ou secondaires, de tendinites, de déminéralisation osseuse et de carence martiale, notamment chez la jeune sportive.

Chez la personne âgée : La perte de poids a un impact négatif sur la masse musculaire et la minéralisation du squelette. Les régimes amaigrissants, s'ils s'accompagnent de déficience en magnésium, peuvent aggraver le risque d'arythmie cardiaque, et de fibrillation auriculaire.

Concernant la femme sportive : Un lien entre le déficit énergétique et les troubles du cycle est clairement établi. L'aménorrhée de la femme sportive s'accompagne d'une carence oestrogénique induisant une perte osseuse identique à celle observée chez la femme ménopausée.

Les régimes végétariens et végétaliens :

Les lacto-ovo-végétariens ne mangent pas de viande, de poisson, de volaille ou de produits contenant ces aliments, mais les produits laitiers et les œufs sont autorisés.

Un régime végétarien bien équilibré peut répondre aux besoins des enfants à condition d'un apport calorique suffisant. La surveillance des courbes de croissance est recommandée.

Chez l'adolescent, il faut s'attarder aux détails du régime, à la santé générale et à la santé mentale et penser à dépister un trouble du comportement alimentaire (TCA)

Il faut accorder une attention particulière à un apport suffisant de protéines et aux sources d'acides gras essentiels, de fer, de zinc, de calcium, de vitamine B12 et de vitamine D.

Des suppléments peuvent être nécessaires en cas de régime strictement végétarien sans consommation de produits animaux.

Les régimes végétariens bien planifiés peuvent respecter les besoins nutritionnels de la grossesse. Les nourrissons de mères végétariennes ont des poids de naissance comparables à ceux des enfants non végétariens.

Les végétaliens : ne comportent que des aliments d'origine végétale, aucuns produits d'origine animale (viande, poisson, produits laitiers œufs) Les régimes rastafariens et fruitariens sont des régimes végétaliens extrêmement restrictifs.

Chez les mères strictement végétaliennes, il faut s'assurer des sources suffisantes de vitamine B12 (tirées d'aliments enrichis). La recommandation à l'égard des suppléments d'acide folique (période périconceptionnel) et de vitamine D pendant la s'applique également aux mères végétaliennes et lacto-ovo-végétariennes

Les régimes macrobiotiques : Ces régimes ne sont pas nécessairement végétariens, mais ils sont surtout composés de produits céréaliers, de légumineuses et de légumes. Ils peuvent inclure certains produits d'origine animale.

Au vu des résultats de son expertise, l'ANSES déconseille fortement la consommation de compléments alimentaires visant le développement musculaire ou la diminution de la masse grasse :

- aux personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire ou souffrant d'une cardiopathie ou d'une altération de la fonction rénale ou hépatique ou encore de troubles neuropsychiatriques ;
- aux enfants et adolescents ;
- aux femmes enceintes ou allaitantes.

Chez les sportifs, les principales recommandations de l'ANSES (2014), sont les suivantes :

- Les compléments alimentaires destinés aux sportifs sont déconseillés chez les sujets présentant des facteurs de risque cardiovasculaire ou souffrant d'une cardiopathie ou d'une altération de la fonction rénale ou hépatique ;
- Ils sont déconseillés chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes ou allaitantes.
- La consommation concomitante de plusieurs compléments alimentaires ou leur association avec des médicaments est déconseillée.

<https://www.anses.fr/fr/content/compl%C3%A9ments-alimentaires-destin%C3%A9s-aux-sportifs-des-risques-pour-la-sant%C3%A9-pour-des-b%C3%A9n%C3%A9fices>

Comment réagir en tant que soignant?

Le médecin doit essayer d'obtenir des précisions sur le type de régime suivi ;

Analyser le cheminement du patient vers ce régime :

- ses motivations (bien être, symptômes digestifs ou extradiigestifs, perte de poids, performance sportive, nosophobies ...),
- quelles ont été les sources de son régime (internet, forums, site de « communautés » alimentaires, presse, entourage, soignants, paramédicaux, stars du sport, du show biz
- Depuis combien de temps ? son suivi est-il strict ou non, continu ou épisodique ?

Certaines méthodes peuvent aussi présenter un risque sectaire. La MIVILUDES a publié en 2012 un guide intitulé « Santé et dérives sectaires ». Elle met en garde contre certaines pratiques dans le domaine de l'alimentation.

<http://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-qu'une-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/les-d%C3%A9rives-sectaires-dans-le-domaine-de-la-sant%C3%A9/quand>

Evaluer :

- le retentissement sur son état physique (IMC),
- les risques possibles de carences,
- son adéquation avec son état de santé (grossesse, âge, poids, pathologies associées,), les conséquences psychologiques (dépression, angoisses, phobies, isolement social...),
 - les adolescents qui suivent un régime « restrictif » doivent faire l'objet d'un dépistage de troubles alimentaires (TCA) ;
 - les femmes enceintes ou qui allaitent doivent être conseillées conseils pour bien respecter les besoins nutritionnels du fœtus et du nourrisson (vit. B12, vit. D, fer, acide folique, calcium...).

Eliminer toute pathologie évolutive (examen clinique, bilan biologique, avis spécialisé)

Conseiller un avis et un suivi par un professionnel de la nutrition (diététicienne, nutritionniste) ;

Donner un avis médical sur les risques et l'utilité ou non de ce régime.

LE REGIME SANS GLUTEN

Le gluten est formé à partir de protéines insolubles (prolamines) du blé, du seigle et de l'orge, en présence d'eau et de forces mécaniques.

Le régime sans gluten est défini comme une exclusion complète du blé, du seigle et de l'orge et des produits dérivés qui contiennent des peptides responsables de la maladie, même en toutes petites quantités. Tout produit ou ustensile ayant été en contact avec du gluten est concerné.

L'avoine semble sans danger mais son introduction dans un régime sans gluten est limitée par la contamination potentielle par du gluten au cours de sa manipulation.

Les pathologies liées au gluten : Elles peuvent être :

- Auto immune : maladie cœliaque
- Allergique : allergie au blé
- Non auto immune-Non allergique : sensibilité au gluten non cœliaque.

Auto-immune : Maladie cœliaque (ou intolérance au gluten)

La maladie cœliaque (MC) est une réaction auto-immune dans laquelle la gliadine, un peptide de dégradation du gluten, provoque une réaction inflammatoire au niveau de la paroi du duodénum, chez des sujets génétiquement prédisposés (HLA DQ2/DQ8).

La MC est passée du statut de maladie digestive rare du nourrisson à celui de maladie systémique touchant tous les âges.

Sa prévalence dans les pays occidentaux est en progression constante, de 0,7 à 2% en population générale mais plus élevée dans certaines populations « à risque » :

- 3 à 6% chez les diabétiques de type 1 ;
- 10 à 20% chez les apparentés du 1er degré d'un sujet porteur de la maladie ;
- 3 à 15% chez les sujets ayant une anémie ferriprive ;
- 1 à 3% en cas d'ostéoporose.

Seuls les patients ayant une **maladie cœliaque** (ou intolérance au gluten), confirmée par biopsie intestinale doivent avoir un régime sans gluten (RSG) strict à vie, pour diminuer le

risque de complications. Le risque majeur est celui de complications malignes (lymphome T, adénocarcinome de l'intestin grêle et autres néoplasies du tractus gastro-intestinal).

Il n'existe pas de preuves suffisantes pour poser l'indication à un régime sans gluten dans des maladies endocrinologiques, psychiatriques ou rhumatologiques, de même que pour améliorer les performances sportives.

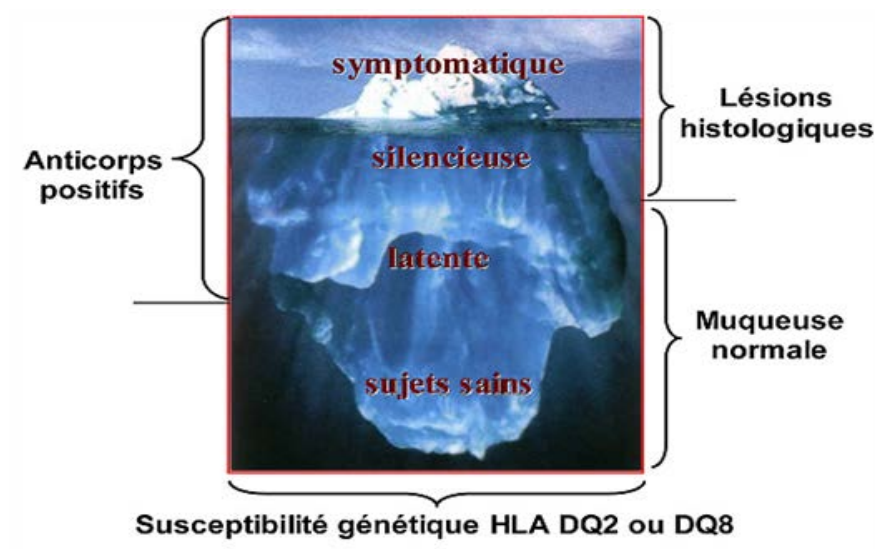
Quelles sont les manifestations cliniques de la maladie cœliaque ?

Les manifestations les plus classiques sont la diarrhée et la malnutrition. Elles se manifestent précocement dans la petite enfance après l'introduction du gluten. Mais cette symptomatologie peut être très variables, concerner beaucoup d'organes et survenir à tous les âges et de plus en plus souvent à l'âge adulte (20 % de cas après 60 ans)

Chez le jeune enfant : la forme typique associe dès le début de l'ingestion du gluten : retard de croissance, diarrhée chronique, distension abdominale, hypotonie, anorexie, mais peut être asymptomatique.

Chez l'adulte, la MC peut être symptomatique ou silencieuse. Dans la forme typique : symptômes gastro- intestinaux, d'intensité variable (diarrhée prédominante), associés parfois à d'autres maladies auto immunes, une anémie, une ostéoporose).

La majorité des MC sont frustes, latente pendant des années et souvent méconnues.



Quels examens envisager devant une suspicion de maladie cœliaque ?

Aucun test ne permet à lui seul de confirmer ou éliminer définitivement le diagnostic. C'est la concordance de signes cliniques, des examens biologiques et des données histologiques qui permet de poser le diagnostic de MC. Il sera confirmé par la résolution des symptômes avec un régime sans gluten.

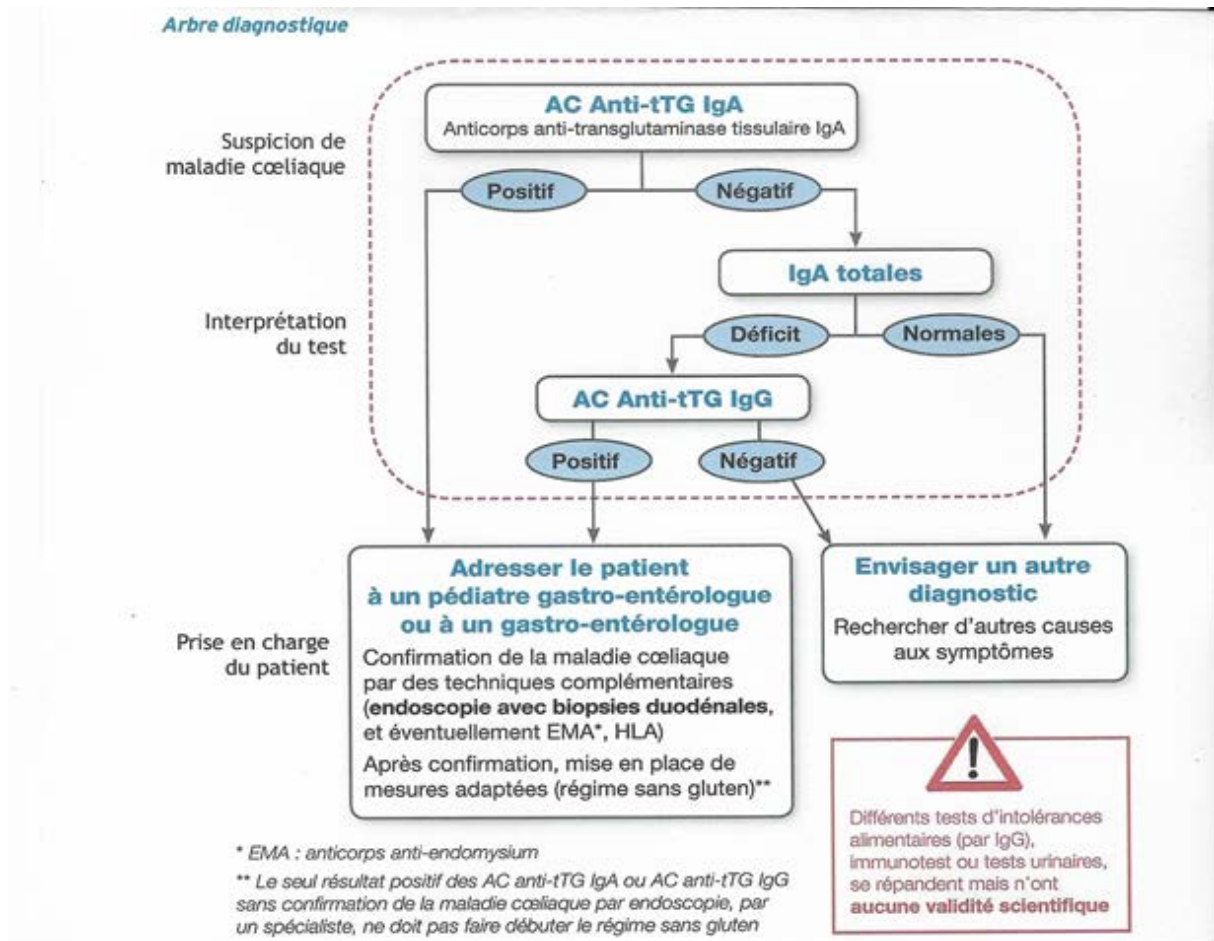
La première étape est un bilan sérologique :

- AC antitransglutaminases de classe IgA, (**AC Anti tTG IgA**) ou en cas de déficit en IgA, par les AC antitransglutaminases IgG (**AC Anti tTG IgG**) ;
- anticorps anti-endomysium de classe IgA (**EMA**) ;

avec respectivement une sensibilité de 85 % et 96 % et une spécificité de 97 % et 98 %.

La recherche d'anticorps antigliadine (AGA) n'est pas recommandée du fait d'une plus faible sensibilité et spécificité.

Pour être fiables les tests diagnostic doivent être pratiqués alors que le régime alimentaire suivi par le patient comporte du gluten.



La biopsie intestinale est-elle indispensable ?

La biopsie intestinale est la méthode diagnostique de référence (atrophie villositaire), mais qui existe aussi dans d'autres maladies : intolérance au lait de vache, causes dysimmunitaires (dont le déficit en IgA), maladie de Crohn, causes infectieuses... L'arrêt du gluten estompe rapidement les lésions caractéristiques.

Plusieurs études ont montré que des taux des AC anti tTGA au-delà de 10 fois la normale avaient une valeur prédictive positive de la maladie proche de 100%. Par ailleurs, un test négatif pour les groupes HLA (DQ2 et DQ8) a une forte valeur prédictive négative pour la maladie cœliaque.

Chez l'enfant, la biopsie peut raisonnablement être évitée dans certaines situations:

- tableau clinique caractéristique,
- groupe HLA DQ2 ou DQ8,
- taux de tTGA supérieur à 10 fois la norme.

La réponse au RSG fournit confirmant le diagnostic.

En cas d'antécédent familial d'intolérance au gluten, faut-il faire des dosages d'IgA antitransglutaminase avant l'introduction du gluten ?

Les enfants dont un apparenté au 1 degré à une maladie cœliaque ont un risque de 10 % d'être également atteints de la maladie, soit dix fois plus que dans la population générale, ce qui veut dire aussi qu'ils ont 90 % de chance de ne pas en être affectés.

Il faut rassurer les familles et introduire le gluten au même âge que pour tout autre enfant.

Le dosage des anti tTG IgA est inutile avant l'introduction du gluten. Il est recommandé après quelques semaines ou mois de diversification alimentaire contenant du gluten. Il faut alors savoir ne pas répéter ce dosage abusivement s'il n'y a pas d'événements cliniques qui le justifient.

Quelles sont les recommandations sur l'âge d'introduction du gluten ?

Entre 4 et 7 mois révolus, en faible quantité. L'introduction plus tardive du gluten a seulement comme conséquence une manifestation plus tardive de la maladie. L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à 6 mois révolus. La poursuite de l'allaitement maternel est recommandée lors de l'introduction du gluten, mais il n'est pas prouvé qu'il retarde l'apparition des symptômes ni offre une protection permanente contre la MC.

Le traitement de la MC repose sur un régime sans gluten (RSG), initié après confirmation du diagnostic et poursuivi à vie.

La MC est reconnue ALD non exonérante, nécessitant des soins continus de plus de six mois. Les aliments diététiques sans gluten (pain, pâtes, biscuits, farine) sont alors partiellement pris en charge.

Six éléments clés caractérisent (C.E.L.I.A.C) la prise en charge des malades cœliaques

- **C**onsultation spécialisée avec un(e) nutritionniste,
- **E**ducation thérapeutique,
- **A**dhésion au traitement pour toute la vie,
- **I**dentification du traitement et des carences nutritionnelles : calcium, phosphore, fer, folates, vitamines liposolubles,
- **A**dhésion à une association de patients pour un support psycho-social encourageant et favorisant l'adhésion au régime (Association Française Des Intolérants Au Gluten www.afdiag.fr .
- **C**ontinuité du suivi à long terme par une équipe pluridisciplinaire.

Le régime sans gluten ne fait pas maigrir ! Au contraire, une alimentation sans gluten serait plus calorique et riche en graisse qu'une alimentation normale.

Non auto-immune, non allergique : « Sensibilité au Gluten Non Cœliaque » (SGNC)

Rapportée pour la première fois en 1978, c'est en 2011 qu'une réunion de consensus, (soutenue par un institut impliqué dans la commercialisation de produits sans gluten !!), tente de définir cette entité.

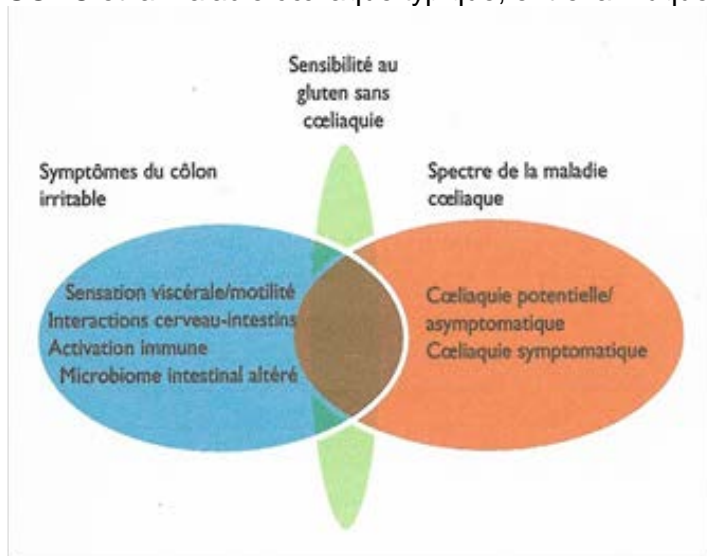
Sa prévalence est mal connue (estimée entre 0,55 et 6%) car le plus souvent c'est une personne qui se déclare intolérante au gluten pour de multiples raisons et commence régime sans gluten sans évaluation médicale préalable.

Comment poser le diagnostic de SGNC ?

Les symptômes digestifs sont ceux syndrome de l'intestin irritable (SII) associés à des symptômes généraux (eczéma et/ou éruption cutanée, céphalée/migraine, signes de mal-être, de mauvais état général, asthénie, troubles du sommeil...), induits par l'alimentation, qui disparaissent avec un régime sans gluten et réapparaissent à la réintroduction du gluten (avec une médiane de quelques heures à quelques jours)

Dans cette zone « grise » entre les troubles fonctionnels intestinaux et la maladie cœliaque, la 1^{ère} étape est d'éliminer une maladie cœliaque, une allergie au blé et si l'anamnèse l'évoque, une intolérance au lactose.

Le diagnostic reste parfois difficile, même après biopsie. En effet il y a un continuum entre la SGNC et la maladie cœliaque typique, entre la muqueuse normale et l'atrophie villositaire.



Quelle est la conduite à tenir ?

Un régime sans gluten peut être préconisé. La SCNG est parfois transitoire et une réintroduction périodique du gluten est possible.

Un régime appauvri en ferments « FODMAPs » (Fructo Oligo- Di and Monosaccharides and Polyols). Il s'agit d'hydrates de carbone qui peuvent être mal absorbés et entraîner des phénomènes de fermentation.

Ce régime très restrictif, difficile à suivre, peut être proposé (avec l'aide d'une diététicienne) pendant 3 à 4 semaines, afin de juger de son efficacité (amélioration et réapparition des symptômes à l'arrêt du régime). La poursuite de ce type de régime nécessite une réintroduction progressive des FODMAPs pour déterminer la dose tolérable par le patient.

Proposé dans le SII, ce régime n'a pas fait la preuve d'une efficacité supérieure aux conseils diététiques « standards ». [file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/les_fodmaps%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/les_fodmaps%20(1).pdf)

LE REGIME « SANS » SEL

En France la consommation moyenne de sel est de 10 g / jour. On désigne sous le mot « sel », le chlorure de sodium (NaCl). On parle de régime sans sel pour un apport ≤ 2 g/ jour.

Seulement 10-20 % du sel consommé provient de la salière ; 80 % du sel consommé se trouve dans les produits manufacturés par l'industrie alimentaire que nous achetons.

Sur les étiquettes, le sel est indiqué le plus souvent par le terme « sodium » (Na+).

Ne pas oublier que 400mg de Na = 1 g de sel !

- Les produits les plus contributeurs au regard des apports en sel sont : le pain et les biscottes, la charcuterie, les fromages, les plats cuisinés, les soupes et potages, les quiches et pizzas,
- Un comprimé « effervescent » = 1 g de sel (préciser sur l'ordonnance «NON effervescent»), ou 1 sachet Transipeg... = 1g de sel.

Chez le patient hypertendu, le régime désodé fait baisser la PA et a fait la preuve de son efficacité en prévention primaire du risque cardiovasculaire, au même titre que l'arrêt du tabac, la perte de poids...

Chez le patient insuffisant cardiaque chronique (ICC), il diminue les œdèmes et le risque d'OAP :

- La quantité de sel recommandée pour un patient ICC stable est ≤ 4 g / jour ; plus strict en cas de décompensation cardiaque (< 3 g/jour) ;
- Éviter une restriction sodée trop stricte, chez la personne très âgée, du fait du risque d'hyponatrémie (dû au défaut de réabsorption tubulaire liée à l'âge) surtout si un diurétique est associé ;
- Ne pas prescrire de sel de régime (chlorure de potassium) sans surveillance de la kaliémie, surtout si patient sous Aldactone ou IEC ou Sartan.
- Les fiches conseils aux patients ne dispensent pas de l'éducation thérapeutique du patient.

AUTRES ALLERGIES OU INTOLERANCE ALIMENTAIRES

Allergies alimentaires IgE médiées

En cause, de nombreux aliments : blé (**gluten**), lait, œufs, arachide, soja, fruits à coque, poissons, crustacés.

Les symptômes : du prurit oral, urticaire, asthme, diarrhée/vomissements, jusqu'au choc anaphylactique. Ils surviennent rapidement après l'ingestion (maxi 6h)

Le diagnostic :

1- Anamnèse clinique et diététique détaillée. Cette évaluation permettra d'identifier le ou les aliments suspects

2- Bilan allergologique :

- **tests cutanés** (prick-test), peuvent être réalisés chez le nourrisson, dès les 1ers mois ;

- **dosage d'IgE spécifiques**.

La positivité des tests indique une sensibilisation à un allergène donné, mais n'est pas synonyme d'allergie à cette substance. En effet plus de 25% ont des tests cutanés positifs sans aucun signe clinique. Ils ont aussi des IgE spécifiques sériques, ce qui prouve que leur présence ne suffit pas à rendre un sujet symptomatique.

- Le test de référence : **test de provocation orale** réalisé à l'hôpital. Il permet de poser le diagnostic, de documenter le type de réaction clinique et de déterminer la dose réactogène.

Par contre, le dépistage d'IgG alimentaires sur un large panel d'extraits alimentaires, actuellement commercialisés (IMUPRO-Biopharm...) et réalisés par certains laboratoires, n'ont aucune validité scientifique. Ils ne sont pas recommandés par les sociétés savantes (allergologue et gastro-entérologue) et non pris en charge par l'AM.

<http://www.intolsante.com/medias/docs/catalogue/brochure-imupro-2013-7.pdf>

<http://www.intolerances-alimentaire.fr/intolerances-alimentaires/>

<http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/fr/2005/2005-26/2005-26-775.pdf>

Le seul traitement est le régime d'éviction de l'aliment incriminé, adapté au cas par cas (régime strict ou traces permises), en fonction de l'allergène.

L'idée qu'une éviction stricte favoriserait la guérison de l'allergie alimentaire n'est démontrée par aucune étude. Par ailleurs, il ne semble pas que la consommation de l'aliment à une dose inférieure à la dose réactogène aggrave l'allergie chez le patient (concept de tolérance alimentaire).

Seul le comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie, à la différence des recommandations européennes et nord-américaines, préconise pour les enfants à risque allergique (allergies avérées chez un des parents ou dans la fratrie) une diversification après l'âge de 6 mois et une introduction retardée par précaution au-delà de l'âge de 1 an des

aliments à fort pouvoir antigénique sans intérêt nutritionnel particulier (kiwi, céleri, arachide, fruits à coque, crustacés).

L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV).

http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/pdf/RECOMMANDATIONS_DE_LA_SFP/APLV_www.sfpediatrie.com_2011_reco_SFP.pdf

<http://www.allergieaulaitdevache.fr/fr/prendre-soin-de-mon-bebe/allaitement>

Plus fréquente chez l'enfant < 3 ans, prévalence 0,3 à 7,5% mais possible chez l'adulte, Symptômes : eczéma (dermatite atopique), urticaire, reflux, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée ou constipation, asthme, choc anaphylactique.

Le régime d'exclusion strict s'impose, au moins jusqu'à l'âge de 9–12 mois. Si l'enfant n'est pas allaité ou que la mère ne peut plus ou ne souhaite plus allaiter :

- le premier choix est une préparation à base d'hydrolysats extensifs (eHF) de protéines du lait de vache.
- en cas d'échec, les eHF de protéines de riz constituent une alternative aux eHF d'origine animale.
- les préparations pour nourrissons à base de protéines de soja ne peuvent être utilisées qu'après l'âge de 6 mois,

L'APLV guérit dans 80 à 90% des cas avant l'âge de 6 ans. Lorsque l'enfant grandit, le test de provocation orale, réalisé à l'hôpital, permet d'évaluer l'apparition de la tolérance et, si possible, de proposer la poursuite de la réintroduction à domicile.

Aucune donnée probante n'indique que le fait d'éviter le lait, les œufs, les arachides ou d'autres allergènes potentiels pendant la grossesse contribuent à prévenir les allergies chez l'enfant,

Non immunologique : intolérance métabolique

L'intolérance au lactose et au fructose

L'intolérance alimentaire la plus commune est l'intolérance au lactose. Conséquence d'un déficit d'une enzyme digestive, la lactase qui hydrolyse le lactose en glucose et galactose pour permettre leur absorption dans l'intestin grêle.

La forme primaire congénitale est très rare (transmission autosomale récessive) ;

La forme primaire acquise est la plus fréquente : c'est l'hypolactasie de l'adulte, due à une diminution physiologique de l'activité de la lactase intestinale. Cette baisse de l'activité enzymatique génétiquement déterminée est variable selon l'origine ethnique. Elle concerne 7 à 20% des Caucasiens, et près de 90% des Asiatiques et des Amérindiens.

En général asymptomatique avant l'âge de 5 ans. Les troubles sont dépendants de la quantité de lactose absorbée mais aussi de la sévérité du déficit enzymatique.

- Les symptômes digestifs apparaissent dans les 30 min à 2 h après l'ingestion : douleurs et ballonnement abdominal (le lactose non digéré est fermenté par les bactéries), selles molles ou diarrhée acide ...
- D'autres symptômes moins spécifiques sont plus tardifs : céphalées, asthénie chronique, douleurs musculaires, troubles du rythme cardiaque, aphtes...

La forme secondaire reflète un déficit en lactase survenant dans le cadre de toute atteinte muqueuse (gastroentérite, entérite radique, maladie de Crohn, pullulation bactérienne ou maladie cœliaque).

Le lactose non absorbé dans l'intestin grêle est métabolisé par les bactéries intestinales en éléments riche en acides gras et en hydrogène.

Comment faire le diagnostic ?

- Test d'éviction : amélioration subjective, après éviction stricte du lactose pendant 15 jours et récurrence suite à l'arrêt du régime,
- Le test de référence : test respiratoire à l'hydrogène expiré après charge en lactose : (réalisé au CHU, service des explorations fonctionnelles digestives)
- L'endoscopie est indiquée en cas de malabsorption, afin d'exclure un déficit en lactase secondaire.

Le traitement se base sur un régime pauvre en lactose, en veillant à un apport suffisant en calcium et vitamine D ; le recours à une diététicienne est souvent utile. La supplémentation en lactase (galactosidase bactérienne) a une efficacité variable.

Les symptômes sont en général dépendants de la dose de lactose ingérée. Les sujets intolérants peuvent consommer jusqu'à 6g par jour sans symptômes avec quelques précautions diététiques simples :

- éviter le lait à jeun, moins bien toléré que lors d'un repas ;
- conseiller les fromages à pâte cuite qui ne contiennent pas ou peu de lactose ;
- les yaourts au lait fermenté, mieux tolérés car le lactose y est déjà partiellement hydrolysé par les bactéries.
- les laitages contenant des probiotiques peut réduire les ballonnements. Ils contiennent des bactéries produisant une lactase favorisant la digestion du lactose au niveau colique.