

DOSSIER DE PRESSE

en blanc

Fond Bleu?

JABD | Alimentation
Nutrition
Diététique

Journée Annuelle Benjamin Delessert

Mercredi 1^{er} février 2017
Maison de la Chimie

en blanc

Les textes, photos et coordonnées des orateurs de la JABD sont disponibles
sur demande par mail à ibd@institut-b-delessert.asso.fr





Comité scientifique : Pr Bruckert, Dr Cassuto, Pr Disse, Dr Dadoun, M. Fischler, Pr Poitou-Bernert, Mme Rigal

Troubles du comportement alimentaire : nouveaux concepts, nouvelles approches

Modérateurs : Ph. Gorwood, N. Riga

- | | |
|--|-----------------------|
| 9h00 : Introduction | Claude Fischler |
| 9h15 : Epidémiologie, diagnostics, nouvelles définitions | Corinne Blanchet |
| 9h45 : Implication des protéines bactériennes et du microbiote | Pierre Déchelotte |
| 10h15 : Pause | |
| 10h45 : Nouvelles prises en charge multidisciplinaires des TCA | Sylvain Iceta |
| 11h15 : L'anorexie mentale : peur de prendre ou plaisir de perdre ? | Philip Gorwood |
| 11h45 : Remise du Prix Benjamin Delessert par Claude Fischler | |
| Microbiote et enjeux dans les maladies métaboliques | Karine Clément |
| 12h30 : Déjeuner | |
| Evictions alimentaires : de l'allergie au mode de vie | |
| Modérateurs : C. Poitou-Bernert, E. Bruckert | |
| 14h15 : Introduction sur le niveau de preuves en nutrition | Eric Bruckert |
| 14h30 : Allergies, intolérances, malabsorption, sensibilités | Martine Morisset |
| 15h00 : Sans gluten, sans FODMAPS : pour qui ? Pourquoi ? | Corinne Bouteloup |
| 15h30 : Intolérance au lactose : mythe ou réalité ? | Marie-Christine Morin |
| 16h00 : Jeûne thérapeutique et cancer : fait médiatique ou fait scientifique ? | Christophe Moïnard |
| 16h30 : Fin de séance | |

L'Institut Benjamin Delessert en quelques mots

Les différentes missions de l'Institut Benjamin Delessert

Depuis sa création en 1976, l'Institut Benjamin Delessert est financé par l'interprofession sucrière et a une double vocation : **encourager la recherche en nutrition** dans le domaine des sciences médicales, humaines et sociales et **contribuer à la diffusion des connaissances** dans le domaine de la nutrition. Son nom rend hommage à Benjamin Delessert (1773-1847) qui fut tour à tour botaniste, industriel, inventeur, banquier et collectionneur. En 1806, alors que le blocus continental provoque une envolée des prix de la canne à sucre, il met au point des machines permettant d'extraire du sucre de betterave ce qui lui vaut la légion d'honneur en 1812.

Depuis 2002, les **Prix de Projets de Recherche** récompensent 5 à 6 chercheurs. Chaque année depuis 1986, le Prix Trémoières est attribué pour un ouvrage ou une thèse de sciences humaines éclairant les comportements alimentaires individuels ou collectifs. Ce prix est remis lors d'une **Conférence Benjamin Delessert** sur le thème du travail récompensé. Enfin, l'Institut organise également la **Journée Annuelle Benjamin Delessert (JABD)** qui rassemble environ 800 personnes sur deux thèmes de nutrition ; le **Prix Benjamin Delessert** y récompense, depuis 1998, une personnalité pour l'ensemble de ses travaux liés à la nutrition.

Les lauréats des Prix de Projets de Recherche 2016 - Dotation globale : 80 000€

- **Maud LE GALL**, INSERM Paris Diderot : Contributions des signalisations intestinales de la leptine et de l'insuline à l'homéostasie glucidique après remodelage du tractus gastro-intestinal par la chirurgie bariatrique
- **Sophie ROME**, Carmen, Lyon : Utilisation des nanovésicules extracellulaires de jus de fruits pour restaurer l'homéostasie glucidique - Preuves de concept chez la souris DIO
- **Bérénice SEGRESTIN**, CRNH Lyon : Impact d'une supplémentation en polyphénols sur le métabolisme postprandial des lipoprotéines suite à une surnutrition riche en lipides et en saccharose
- **Laurène HOUTIN** Université Nanterre : Impact des normes sociales et des stéréotypes liés au poids sur les comportements alimentaires des individus se pensant à tort en surpoids : se croire gros peut-il amener à devenir objectivement gros ?
- **Judith ARON-WISNEWSKY** ~~Pitié - ICAN~~ : Contribution du microbiote intestinal dans la rémission du diabète de type 2 chez des patients obèses et diabétiques suite à la chirurgie bariatrique

Rlié - Salpêtrière - ICAN

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE : NOUVEAUX CONCEPTS, NOUVELLES APPROCHES

Points clés à retenir

5% à 10% des Français souffrent ou ont souffert de troubles du comportement alimentaire (TCA), tels que l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie.

Grâce aux recherches récentes et aux retours d'expériences sur les pratiques thérapeutiques :

- les connaissances sur les profils à risques, les critères de diagnostics et les définitions sont revues,
- la découverte d'une protéine, de nouveaux circuits neurologiques impliqués et l'identification d'un gène ouvrent de nouveaux champs d'études,
- les modalités de prises en charge et la palette de solutions se sont fortement élargies.

Ces avancées devraient permettre de mieux diagnostiquer les TCA et franchir une nouvelle étape dans les soins apportés aux patientes.

Chiffres clés

L'incidence des TCA (nouveaux cas) est estimée à **1‰ à 2‰ en France** avec un pic d'incidence entre 16 et 20 ans.

5% des anorexiques décèdent c'est l'un des taux de mortalité les plus élevés des maladies psychiatriques. Le taux de suicide est également important surtout chez les boulimiques.

On estime qu'après un suivi de 5 à 7 ans, **2/3 des sujets anorexiques et 3/4 des boulimiques sont guéris.**

Epidémiologie, diagnostics, nouvelles définitions

Les données récentes sur les troubles du comportement alimentaire (TCA) bouleversent les connaissances : ces maladies ne touchent pas que les adolescentes, les critères de diagnostic peuvent être partiels ou absents, leurs définitions sont en pleine discussion. D'où une nécessaire approche transdisciplinaire, transdiagnostique et transcategorielle.

Des profils plus diversifiés, des cas plus nombreux que ce que l'on croyait...

Les TCA touchent majoritairement :

- **les femmes** avec un ratio estimé de **7 à 9 femmes pour 1 homme** mais les TCA seraient sous-estimés et sous-diagnostiqués chez les hommes par méconnaissance en raison de forme partielle ou atypique. 40% des personnes souffrant d'hyperphagie boulimique (BED) sont des hommes.
- **les adolescents ou les jeunes adultes** : 5 à 10 % ont un TCA (1% pour l'anorexie, 2% la boulimie, 3% pour le BED; le reste étant des formes partielles de ces trois troubles). Si l'anorexie (pics 12-13 et 17-18 ans) et la boulimie (pic 16-20 ans) surviennent davantage au cours de l'adolescence, il y a des cas précoces tandis que le BED apparaît souvent à l'âge adulte, chez l'homme comme chez la femme.

Les nouveaux critères (DSM 5¹) modifient les taux de prévalence et d'incidence retrouvés dans les données internationales. Exemple : **la prévalence de la boulimie** qui était évaluée de 1 à 3 % chez les femmes et de 0,1 % et 0,5 % chez les hommes **augmente d'environ un tiers.**

La vision « culturelle » des TCA est remise en cause : elles ne touchent pas que les jeunes filles de milieux favorisés et de culture occidentale. Si l'anorexie reste stable, elle progresse en France chez les 8-12 ans, fils/filles et petits-fils/petites-filles d'immigrés. Par ailleurs, l'expression et le pronostic d'un TCA peut varier en fonction de l'environnement socio culturel dans lequel il prend racine.

➤ **il faut donc savoir aborder la prise en charge avec une approche transculturelle pour l'adapter au patient et à sa famille.**

1 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V)

Les nouveaux critères de diagnostic selon le DSM V

α L'anorexie mentale débute souvent par un régime ou des restrictions alimentaires voulues mais parfois il n'y a pas de volonté consciente de maigrir ni de réduire ses apports (voir même une indifférence à l'aspect de poids (c'est le cas des anorexies "secondaires" à un épisode dépressif majeur ou post trauma ou certaines formes de l'enfant (ARFID). Les critères actuels sont :

vaine /
la perte

- **Restriction des apports alimentaires et énergétiques** par rapport aux besoins, menant à un poids significativement bas par rapport à l'âge, au sexe, à la taille et à l'état somatique ;
- **Peur intense de prendre du poids** ou de devenir obèse, ou comportement persistant anti prise de poids, malgré une insuffisance pondérale ;
- **Altération de la perception du poids** ou de la forme de son corps, influence excessive du poids ou de la forme du corps sur l'estime de soi ou persistance d'un déni de la gravité de la maigreur.

Ces critères sont nécessaires, évolutifs, parfois partiels ou absents. **Elle n'est pas toujours associée à une perturbation de l'image du corps.** Il existe 2 grands types : restrictif pur et mixte avec crise de boulimie avec vomissements ou purgatifs.

L'aménorrhée ne fait plus partie des critères DSM V car il existe des cas avec activité menstruelle ponctuelle. De plus ce critère est difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs 1^{ères} règles, aux femmes avec une contraception orale ou post-ménopausées et aux hommes.

La boulimie est définie par les critères suivants :

- Survenue récurrente de crises avec absorption importante de nourriture, en un temps limité et un sentiment de perte de contrôle ;
- Comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids (vomissements, laxatifs, jeûne, activité physique ...) ;
- Crises et comportements compensatoires au moins 1 fois / semaine sur une période de 3 mois (Contre 2 fois / semaine dans le DSM IV) ;
- Estime de soi influencée par le poids et la silhouette ;
- Trouble pouvant apparaître même sans épisode d'anorexie mentale.

L'hyperphagie boulimique ou BED (Binge Eating Disorder) : contrairement à la boulimie, elle exclut ces comportements compensatoires. Les critères du DSM V sont :

- Survenue récurrente de crises de boulimie avec sentiment de perte de contrôle ;
- Les crises sont associées à au moins 3 des critères suivants :
 - o Prise alimentaire extrêmement rapide et bien supérieure à la normale ;
 - o Mange jusqu'à ressentir une distension abdominale inconfortable ;
 - o Mange de grandes quantités de nourriture sans sensation de faim ;
 - o Mange seul car se sent gêné de manger une telle quantité de nourriture ;
 - o Après les crises, ressent dégoût de soi, dépression ou grande culpabilité ;
- Le comportement boulimique est source de souffrance marquée ;
- Le comportement boulimique apparaît au moins 1 x / semaine sur une période de 3 mois.

La prévalence du BED est comprise entre 1,9 % en Europe et 3,5 % aux Etats-Unis chez les femmes et entre 0,3 % en Europe et 2 % aux Etats-Unis chez les hommes. Elle est un facteur de risque d'obésité à laquelle elle est fréquemment associée. A l'inverse, 20 à 30 % des individus ayant un surpoids ou une obésité souffrent d'un BED. Contrairement à l'anorexie et à la boulimie qui surviennent davantage au cours de l'adolescence, le BED apparaît souvent à l'âge adulte (âge de début médian 21 ans), chez l'homme comme chez la femme.

Nouvelles définitions : vers un transdiagnostic ?

Deux écoles s'affrontent actuellement.

- L'une considère que l'anorexie et la boulimie sont des maladies différentes qui s'excluent mutuellement. Parmi leurs arguments : l'anorexie, plus fréquente, présente dans l'hémisphère Nord est restée relativement stable, tandis que la boulimie, uniformément distribuée dans le monde, a augmenté et touche autant d'hommes que de femmes.
- L'autre définit l'anorexie et la boulimie comme deux phases d'une seule et même maladie aux causes communes et suggère un traitement psychothérapeutique unitaire. 20 à 50 % des anorexiques font en effet des crises de boulimie suivies de comportements compensatoires et 27 % des boulimiques ont été anorexiques.

Une 3^e définition émerge : ces deux approches ne seraient pas exclusives mais complémentaires, conduisant à envisager les TCA comme un continuum.

« Selon les patients et au cours de la vie d'un même patient, tout peut se voir... Formes partielles ou complètes, le passage d'une forme à une autre ou pas... tout dépend des facteurs de vulnérabilité sous jacents, de la comorbidité psychologique ou somatique pré existante, de l'environnement socioculturel, des facteurs neuro endocriniens, etc. » Dr Corinne Blanchet, Endocrinologue, nutritionniste, Hôpital Cochin.

► Pour en savoir plus : résumé de Corinne Blanchet

Implication des protéines bactériennes et du microbiote

Préciser les causes et les mécanismes provoquant les TCA est complexe car ces troubles sont polyfacto-riels. Des recherches récentes ont révélé l'implication de mécanismes biologiques. Pouvant être corrigés, ils ouvrent de nouveaux horizons thérapeutiques.

TCA, une origine bactérienne...

On savait que les TCA ont des causes génétiques et psychologiques individuelles, en étroite interaction avec des facteurs environnementaux, familiaux et socioculturels.

Des études des mécanismes biologiques et des liens entre l'intestin et le cerveau révolutionnent ces données : elles ont mis en évidence **l'implication d'une protéine baptisée « Clpb »**, produite par certaines bactéries de la flore intestinale. Sa spécificité : c'est un sosie, du fait de sa structure, de l'hormone de la satiété (mélanotropine) qui indique au cerveau qu'il n'est plus nécessaire de manger.

... qui dérégule la prise alimentaire

Lorsque cette protéine « Clpb » est fabriquée, l'organisme produit des anticorps afin de la neutraliser. Mais, ils perturbent aussi l'effet de l'hormone de satiété qui lui ressemble. Résultats : soit la sensation de satiété est atteinte (anorexie), soit elle ne l'est plus (boulimie - hyperphagie).

L'implication probable de cette protéine dans la régulation de l'appétit a été établie chez des patients souffrant d'anorexie, car ils présentent des anomalies biologiques :

- leur taux d'anticorps dans le sang dirigés contre la ClpB et la mélanotropine sont plus élevés,
- leur réponse immunologique détermine le développement des TAC vers l'anorexie ou la boulimie.

Prochaines étapes : diagnostic et traitement biologique de la protéine bactérienne ClpB

Pour détecter la protéine « Clpb » : un test sanguin est en cours de développement.

Pour corriger son action : d'après les premières observations prometteuses faites sur les souris : il apparaît possible de la neutraliser par des anticorps spécifiques sans affecter l'hormone de la satiété.

"La mise au point d'un test sanguin permettrait la mise en place de thérapies spécifiques et individualisées des TAC." Pierre Déchelotte, CHU de Rouen.

► Pour en savoir plus : résumé de Pierre Déchelotte

Nouvelles prises en charge multidisciplinaires des TCA

La prise en charge et le parcours de soins des patients ont été transformés en quelques années. Avec l'objectif, via une approche personnalisée, d'obtenir des guérisons plus fréquentes, plus rapides et donc de minimiser les conséquences des TCA. Le point sur trois questions clés.

Quels sont les maîtres mots de la prise en charge ?

Pluridisciplinaire. Elle associe médecins, nutritionnistes, diététiciens, psychiatres, psychologues... en une approche graduée et concertée afin de garantir la cohérence, la continuité et l'adaptation.

Globale. L'équation classique est : accompagnement nutritionnel + soutien psychologique et comportemental, voire traitement médicamenteux, + groupes de paroles.

En pleine innovation. D'autres méthodes d'éducation complémentaires sont **de plus en plus proposées** pour sortir de cercles vicieux et motiver. Parmi elles :

- des **thérapies cognitives** avec carnets alimentaires, travail sur les liens entre les déclencheurs et la nourriture... pour comprendre les comportements et les pensées, planifier des stratégies de changement,

TCA?

TCA? <

- de l'**hypnose**, de l'**art thérapie**, de la **relaxation**; l'**EMDR**² (Intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires) ou la neurostimulation pour travailler sur les émotions, les sensations et l'estime du corps.

D'autres techniques prometteuses sont en **cours d'évaluation** : la **stimulation magnétique** transcranienne qui modifie l'activité neuronale (chez des patients résistants à la prise en charge classique) ou la **thérapie en pleine conscience** (cf « peur de prendre ou plaisir de perdre »).

Hospitalisation ou non ?

Les travaux récents ont montré que « soins de jour » et « hospitalisation à temps plein » apportent les mêmes taux de récupération du poids et de son maintien. Ils doivent être confirmés. Néanmoins, **l'ambulatoire est aujourd'hui le pivot de la prise en charge** afin de maintenir la patiente dans son environnement psychosocial. Désormais, l'hospitalisation intervient comme un recours ou une étape pour passer un cap. Et elle reste indispensable en cas d'urgence vitale, d'idées suicidaires, d'épuisement ou de conflit familial.

Où en est-on avec la famille ?

Des travaux ont fait la preuve de l'inefficacité de l'isolement. Aujourd'hui déculpabilisés, les parents et depuis peu la fratrie sont impliqués en « cothérapeutes » des soins, et les thérapies familiales sont recommandées. Il est reconnu que les liens intrafamiliaux contribuent à apaiser le stress lié à l'anorexie, à mobiliser les ressources et les compétences de la famille pour résoudre des dysfonctionnements et à orienter la patiente vers le changement.

"Chaque cas est particulier. D'où une approche graduée, adaptée à chaque cas et rapide. La palette thérapeutique mobilisée, qui s'est considérablement diversifiée, permet de limiter les risques de complications et de séquelles." Sylvain Iceta, psychiatre, CHU de Lyon.

➤ *Pour en savoir plus : résumé de Sylvain Iceta*

L'anorexie mentale : peur de prendre ou plaisir de perdre ?

L'un des critères clés du diagnostic actuel - la « peur de grossir » - est remis en question par une étude de 2016. L'anorexie mentale s'expliquerait plutôt par le plaisir d'en perdre... en lien avec des facteurs génétiques. De nouvelles approches thérapeutiques sont déjà en test pour soigner ce qui serait une addiction et non pas une phobie.

Une avancée majeure grâce à l'analyse de la sudation

Il n'existe pas de médicament pour traiter l'anorexie. Pour sortir de cette impasse, l'équipe du Pr Gorwood, qui travaille sur les circuits de récompense, a émis l'hypothèse que ce serait « le plaisir intense de maigrir » qui serait impliqué, à l'inverse de « la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ». Pour étudier ces émotions, sans être influencé par le discours des anorexiques, ont été mis en œuvre des tests de transpiration. On sait en effet qu'elle augmente automatiquement et rapidement sous l'effet d'une émotion. Résultat : seulement face à des silhouettes maigres, la transpiration des patientes anorexiques a augmenté plus que celle du groupe sain, du fait d'émotions qualifiées comme « positives ». Par ailleurs, l'un des **gènes** aujourd'hui reconnu comme étant le plus souvent associé à l'anorexie était plus présent chez ces patientes.

➤ *Ces résultats remettent en question l'un des critères fondamentaux du diagnostic : « la peur de grossir » serait en fait le reflet miroir du « plaisir de maigrir ». Ils confirment aussi l'importance du facteur génétique parmi les causes majeures de l'anorexie et invitent à axer les recherches sur les circuits cérébraux de récompense plutôt que d'évitement phobique.*

De nouvelles thérapies sont en tests

Cette étude a ouvert la voie à de nouvelles approches. Sont déjà en tests à l'Hôpital Sainte-Anne :

- La thérapie de pleine conscience, qui lutte contre les pensées automatiques,
- La remédiation cognitive : cette « gymnastique de l'esprit » corrige la faible flexibilité du cerveau des patientes et leur difficulté à se désengager d'une tâche.

"La thérapie en pleine conscience, testée depuis un an, apparaît comme une aide très clairement efficace." Philip Gorwood, psychiatre, chef de service, Hôpital Sainte-Anne.

➤ *pour en savoir plus : résumé de Philip Gorwood*

² Eye movement desensitization and reprocessing

Remise du Prix Benjamin Delessert

Karine Clément

Institut Cardio-métabolisme et Nutrition (ICAN); Inserm/UPMC UMRS 1166 équipe « NutriOmique »; Service de Nutrition, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

L'Obésité : une maladie d'une grande complexité

Si des déterminants génétiques peuvent favoriser le développement de l'obésité en réponse aux multiples changements des modes de vie (alimentation, sédentarité, aspects socio-économiques), des phénomènes d'adaptations moléculaires et structurales des tissus de l'organisme ainsi que des perturbations de la communication entre ces tissus contribuent à la chronicisation, au maintien et à la résistance au traitement de cette maladie hétérogène et très complexe. L'obésité d'une personne n'est certainement pas celle d'une autre et il devient urgent de comprendre cette maladie dans toutes ses dimensions culturelles, environnementales et biologiques afin de mieux prendre en charge les patients.

L'équipe de Karine Clément, appelée « NutriOmique » : « Nutrition et Obésité : approche systémique » travaille depuis plusieurs années à comprendre les mécanismes d'induction rapide de la prise de poids, ainsi que les anomalies d'adaptation tissulaires aux variations du statut nutritionnel et les altérations des dialogues inter-organes. Un enjeu futur de ces approches est l'identification des marqueurs et les prédicteurs moléculaires des situations cliniques et biologiques associées à l'obésité dans un esprit de mieux comprendre cette maladie complexe, mieux caractériser les patients pour les traiter de façon plus précise. Dans ce contexte, NutriOmique a plus récemment analysé la contribution du microbiote intestinal aux phénotypes associés à l'obésité, et notamment dans la contribution au dialogue intestin-tissu adipeux.

Dans le cadre de ce prix de l'institut Benjamin Delessert, Karine Clément revient sur les faits les plus marquants de cette activité de recherche fortement couplée aux problématiques observées chez les patients.

- 1. Importance du génome : certainement dans l'obésité sévère et précoce, premières étapes vers la médecine de précision**
- 2. Vers la pathologie d'organe : le tissu adipeux malade de l'obésité (fibrose et inflammation)**
- 3. Ne pas négliger l'intestin : un organe hébergeant notre « autre génome » : le microbiome**
- 4. Modéliser l'écosystème : une étape vers la nutrition réellement individualisée ?**

Ce prix est un prix d'équipe que Karine Clément dédie aux collaborateurs actuels et passés aux compétences multiples (cliniques médicales et chirurgicales, biologiques, experts en génétique, métabolisme, nutrition et immunologie, microbiologie ainsi qu'aux experts de l'analyse des données complexes) ; aux jeunes (étudiants, thésard, post-doctorant) et moins jeunes. Ce travail permanent et toujours délicat de décroisement à l'interface entre plusieurs disciplines mené depuis de nombreuses années a permis de progresser et d'apprendre. Les collaborateurs de plusieurs régions de France et internationaux ont également apporté leur contribution et leur vision.

Karine Clément remercie les patients et les associations de patients qui ont contribué à ces études et répondu présent. Enfin elle rappelle qu'elle a découvert la médecine de l'obésité qui était une discipline encore jeune au début des années 90. Le premier contact et surtout premier « choc » avec cette maladie complexe a été la rencontre avec deux grands médecins de la médecine de l'obésité les Pr Bernard Guy-Grand et Arnaud Basdevant et de leurs patients au cours d'un stage d'interne à l'Hôtel-Dieu, où elle a pu apprécier la dimension humaine et la complexité de cette maladie qui ne se résume pas à une vision simpliste d'un problème esthétique ou du « trop manger ».

EVICIONS ALIMENTAIRES : DE L'ALLERGIE AU MODE DE VIE

Le niveau de preuves en nutrition

Le nom du Pr Eric Bruchant à ajouter

Les recommandations nutritionnelles sont complexes, varient avec le temps et parfois selon les pays participant à ce que Claude Fischler a appelé la **cacophonie nutritionnelle**. Celle-ci est amplifiée par le prisme médiatique qui met en exergue les positions extrêmes et les disensus aux dépens du bon sens, et du consensus. Cette cacophonie n'est toutefois pas que l'apanage de nutritionnistes en mal de notoriété et de journalistes en mal d'audimat. Elle existe aussi au sein même des recommandations qui portent en elles des contradictions. Une partie de cette difficulté à trouver le consensus vient du faible niveau de preuve de nombreuses recommandations mais aussi du fait que certaines mettent en avant les seuls aspects sanitaires aux dépens d'autres dimensions et fonctions de l'alimentation (le plaisir, la commensalité, la convivialité, l'appartenance culturelle...) mais aussi au dépens d'autres aspects comme l'écologie et les impératifs économiques. Il existe aussi une confusion possible dans les objectifs des recommandations qui peuvent être parfois axées sur un objectif de non toxicité (ne pas dépasser telle dose...) et recommandations dites de Santé Publique (il faut consommer telle quantité pour être en meilleure santé).

Les recommandations de prise en charge encore appelées "guidelines" ont depuis longtemps classé le niveau de preuve en plusieurs catégories. Le niveau de preuve le plus élevé est l'**étude randomisée** de bonne qualité c'est-à-dire portant sur des effectifs de grande taille, si possible **en double aveugle**. Ces études randomisées doivent toutefois avoir une validité externe c'est-à-dire qu'elles doivent pouvoir être extrapolées. Par exemple une étude menée dans une population à très haut risque n'est pas obligatoirement valide dans une population à faible risque.

Les **études d'observation** ont en général un niveau de preuve faible même quand elles sont regroupées en **méta analyse** de bonne qualité. Les exemples dans le domaine de l'alimentation où il y a discordance entre ces études d'observation et les études d'intervention de bonne qualité sont nombreux. Ainsi, il est démontré qu'un supplément en vitamine du groupe B abaissant l'homocystéine n'a aucun impact sur le risque cardiovasculaire. De façon similaire l'apport de fortes doses de vitamine E n'a pas d'effet protecteur et est même associé à une petite augmentation de la mortalité dans certaines méta analyses. Ceci n'exclut pas que certaines populations larges puissent en bénéficier (par exemple une population qui serait à très haut risque cardiovasculaire ou avec une stéatohépatite pour ne citer que quelques exemples). Les études d'observation sont souvent gravement biaisées tout simplement parce qu'il est difficile d'ajuster sur des facteurs complexes qui modifient les comportements. Un végétarien soucieux de sa santé peut aller plus vite voir le médecin en cas de douleur thoracique et donc augmenter ses chances de survie. Ajuster sur ce type de comportement qui va au-delà de la catégorie socioprofessionnelle ou des caractéristiques démographiques classiques est impossible. Un exemple est le lien très fort entre mortalité et nombre d'heures passées à regarder la télévision. Ce lien persiste même quand on ajuste sur les facteurs alimentaires et sur le niveau de sédentarité.

D'une façon générale le **niveau de preuve en nutrition est faible** par rapport à celui des médicaments. Cela vient du faible niveau de financement des études, de l'impact de la nutrition globalement faible quand on individualise un aliment ou un nutriment, et de l'impossibilité du double aveugle quand on étudie un changement d'alimentation. Aucune étude d'intervention ne peut durer plus que 5 ans en raison du risque de perdu de vue qui augmente avec le temps rendant in fine les conclusions discutables. Ainsi les études avec les omégas 3, malgré les effectifs et la randomisation, sont négatives quand elles ont été faites en double aveugle. L'interprétation de cette discordance est complexe.

L'exemple de la consommation d'alcool est intéressant à discuter dans ce contexte car il montre bien les limites de recommandations qui seraient sanitaires (interdiction pure et simple de toutes consommations) sans prendre en compte les **aspects économiques, culturels mais aussi de comportement** plus complexes qui pourraient être le remplacement de cette boisson par des excès de boissons sucrées sans que l'on sache précisément si un tel remplacement serait bénéfique pour la santé. Par ailleurs l'alcool est globalisé alors qu'il existe des différences majeures selon le type d'alcool consommé (5, 6). Peut-on exclure que de se rendre la vie un peu plus gaie avec un petit verre n'ait pas d'autres effets bénéfiques et au fond puisse compenser un minime sur-risque de cancer ?

Comment avancer pour restaurer un peu de confiance ou de sérénité ?

- 1) Les recommandations doivent reposer sur des **consensus d'experts** si possible assez large (plutôt Européen que trop local).
- 2) Elles doivent exprimer un **degré d'incertitude**. Donner une recommandation trop précise sans niveau de preuve favorise la montée des « anti ». Donner de l'incertitude est aussi une preuve de modestie !

3) Les recommandations doivent s'appuyer sur un **niveau de preuve raisonnable** et apporter une vision critique aux études d'observation.

4) Les recommandations doivent **expliquer clairement leur objectif** (protection d'un risque (de carence par exemple) assurance d'une meilleure santé ou **plus général**. Si elles sont plus générales, elles ne doivent pas être mises uniquement dans les mains de spécialistes de la Santé Publique mais doivent aussi s'entourer d'expertise large impliquant les sciences humaines.

Le niveau de preuve ne doit enfin pas être l'apanage des recommandations. Il doit aussi être un niveau de preuve d'efficacité et s'appliquer aux grands et coûteux programmes de Santé Publique. Ainsi le plan national nutrition santé (PNNS) aurait dû être évalué indépendamment et objectivement en particulier sur son impact sur les populations défavorisées.

Évictions alimentaires : de l'allergie au mode de vie

Points clés à retenir

L'augmentation des troubles de santé liés à l'alimentation se confirme mais ne justifie pas l'éviction de certains aliments, de plus en plus pratiquée par des malades « imaginaires ». Face à un phénomène de mode aux conséquences santé néfastes, il convient de sensibiliser à la nécessité de mieux diagnostiquer ces pathologies variées et de lutter contre les éliminations sans avis médical.

- Des tests simples et fiables existent pour identifier et distinguer les allergies, des sensibilités, des intolérances et de la malabsorption. Il est important de les réaliser pour n'exclure, que le temps nécessaire, quelques nutriments ciblés.
- Le « **sans gluten** » à vie n'est utile que dans de rares cas et il n'a jamais fait maigrir.
- Le « **sans lactose** » est aussi rarement nécessaire et à n'envisager que temporairement.
- Le bénéfice d'un **jeûne** thérapeutique à long terme sur le cancer n'est pas scientifiquement démontré, alors qu'il est prouvé que la malnutrition réduit les chances de survie.

Chiffres clés

- **Allergies** : 3,5 à 4% de la population (6-8% des enfants), en constante augmentation depuis 20 ans. Dont **au blé** : 0,3 à 0,4 % (tout âge confondu), **aux protéines de lait de vache** : 0,3 à 7,5%, (surtout moins de 3 ans)
- **Maladie cœliaque** : 0,5 à 1, 26%
- **Intolérance au lactose** : 10 à 30%, surtout des adultes
- **Hypersensibilité au gluten** : 0,5 à 13%
- **Syndrome de l'intestin irritable** : 7 à 15%

Allergies, intolérances, malabsorption, sensibilités

Parce que les symptômes sont souvent identiques, beaucoup de patients ne font pas la différence entre les pathologies et auto éliminent des aliments. Alors que ces maladies distinctes sont de mieux en mieux diagnostiquées. Sensibiliser à la réalisation des tests, c'est lutter contre le sous-diagnostic actuel et pouvoir soigner ceux pour qui c'est vital, en évitant de nombreuses évictions permanentes inutiles.

Des pathologies distinctes de mieux en mieux diagnostiquées

Elles sont chacune liées à des mécanismes différents. On sait et il faut distinguer :

- **Les allergies IgE** : Elles résultent d'une réponse excessive du **système immunitaire** qui manque de tolérance contre certaines protéines et provoquent une **réaction instantanée**. Chez des sujets génétiquement prédisposés, suite à des interactions complexes entre le système immunitaire, l'aliment et des facteurs environnement, différents mécanismes sont impliqués. D'où la distinction entre les :
- **Les allergies IgE-dépendantes**. Elles touchent **plusieurs organes**. La réaction peut aller d'une simple rhinite ou d'un eczéma au **risque mortel** (choc anaphylactique, œdème de Quincke). Le diagnostic repose sur le dosage des IgE spécifiques, des tests cutanés...

- **Les allergies non IgE-dépendantes.** Elles provoquent des troubles digestifs (reflux, diarrhée...). Les plus connues sont celles au **blé** - en expansion - (oesophagite à éosinophiles -EoE) et aux protéines alimentaires (provosyndrome d'entérocolite - **SEIPA**) du **lait de vache et au soja**. Leurs diagnostics reposent pour l'EoE : sur l'histoire clinique, les tests cutanés, la persistance des symptômes après traitement et des biopsies; pour le SEIPA : sur l'histoire clinique, une amélioration suite à une exclusion et/ou un test de provocation orale (TPO).
- 8 aliments sont responsables de 90% des allergies alimentaires : lait, blé, œuf, poisson, crustacés, soja, arachide, fruits à coque. Ces deux derniers aliments provoquent des allergies IgE mais le lait de vache ou les œufs peuvent induire des allergies mixtes IgE et non-IgE.

La maladie cœliaque : « intolérance » au gluten ?

Classée parmi les intolérances par les uns ou à part, c'est une maladie permanente de l'intestin aussi **d'origine auto-immune** avec, comme les allergies, des **manifestations digestives et extradiigestives**. Les patients ne possèdent pas les enzymes nécessaires pour dégrader correctement le gluten lors de la digestion. Souvent « silencieuse », elle abîme le corps humain en atrophiant l'intestin. Elle est diagnostiquée par dosage d'anticorps, confirmés par endoscopie avec biopsies.

• Les intolérances aux FODMAPS

Elles se développent généralement chez des sujets génétiquement prédisposés. Quand les **FODMAPS** (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) sont peu ou pas absorbés dans l'intestin grêle, ces sucres fermentent dans le tube digestif et peuvent générer des **troubles digestifs**. Le plus fréquent est le syndrome de l'intestin irritable (SII). **Les symptômes** sont soit **inexistants soit décalés**, en général, des inconforts digestifs. Ces intolérances ont différentes causes : celle au **lactose** est liée à l'absence ou à l'insuffisance d'une **enzyme digestive** (la lactase), celle au **fructose** provient d'une **anomalie de transfert**. Des tests respiratoires, faits en milieu hospitaliers, permettent de déterminer quelle substance de l'aliment concerné est incriminée et le plus souvent de faire disparaître les troubles en réduisant pour un temps sa consommation. *disparaitre*

• Les (hyper)sensibilités alimentaires

Ni les mécanismes allergiques, ni ceux en jeu dans la maladie cœliaque ne sont impliqués. La « sensibilité au gluten » ou « sensibilité au gluten non cœliaque » ou « **hypersensibilité au gluten** » (HSG) **reste, à ce jour, diagnostiquée par défaut** : quand l'ingestion de gluten ou de blé entraîne des **symptômes digestifs ou extradiigestifs**, qui régressent sous régime sans gluten après élimination d'une allergie au blé et d'une maladie cœliaque. Ces troubles interviennent **dans les heures ou jours suivant l'ingestion du gluten**.

• Malabsorption

C'est un **trouble de l'absorption intestinale des nutriments, liée à une anomalie de la paroi de l'intestin grêle, à un déficit d'enzymes, d'acide biliaire, à un défaut du pancréas, à une infection...** En cas de maladie cœliaque ou d'intolérance au lactose par exemple, il y a malabsorption. Elle est définie comme une **incapacité de la paroi de l'intestin grêle à absorber des nutriments**, ce qui les empêche de passer dans la circulation sanguine pour « alimenter » l'organisme. Cette maladie rare peut être partielle (sur une partie seulement de l'intestin) ou non, sélective (que sur certains nutriments) ou non, visible ou non. Le dépistage se fait par dosage d'anticorps et biopsies.

A savoir :

- Avec l'allergie, il peut exister un risque vital immédiat; avec les intolérances ou les hypersensibilités, les risques sont à long terme si le régime est mal suivi.
- On guérit de beaucoup d'allergies, notamment infantiles (lait, œuf, blé, soja, à arachide poisson), après éviction provisoire. Exemple : 80 à 90% de guérison de l'allergie SEIPA avant 6 ans. Mais certaines se développent à l'âge adulte ou peuvent persister à vie (arachide, fruits à coque, crustacés). La plupart des patients tolèrent des quantités d'allergènes de l'ordre du mg. *crustacés*
- un adulte ne guérit pas de l'allergie au blé lié à l'exercice physique ou de la maladie cœliaque. De même, l'hypersensibilité au gluten, une fois déclarée, est à vie.

- " La prévalence de l'allergie alimentaire ne cesse de croître dans le monde entier, en particulier depuis ces 30 dernières années. Elle concerne de nos jours 6-8% des enfants et environ 3% des adultes. Les modifications de notre mode de vie sont probablement en cause dans l'accroissement du phénomène. Les admissions à l'hôpital pour anaphylaxie alimentaire avec risque de choc anaphylactique, ne cessent de croître également." Dr Martine Morisset, CHL Luxembourg.

► Pour en savoir plus : résumé de Martine Morisset

Sans gluten, sans FODMAPS : pour qui ? pourquoi ?

L'engouement pour les produits « sans » va croissant. Portée par une offre devenue pléthorique, leurs ventes devraient progresser en France de 5 à 10% d'ici 2018. 27% des américains consomment « gluten free » pour perdre du poids, alors que seul 1% devraient le faire à vie et 5 à 6% provisoirement. Souvent sans fondements ni conseils, ce mode de vie n'est pas sans risques santé. A la lumière des données scientifiques les plus récentes, le point sur le « sans » vraiment nécessaire.

1 malade cœliaque sur 5 seulement serait dépisté parce que de nombreuses personnes auto-éliminent le gluten. Le « sans » induit des déficits nutritionnels, des problèmes psychologiques, une désocialisation... Il convient donc de souligner que **l'arrêt du gluten ne fait pas maigrir en soi et n'améliore pas les performances sportives** ; aucune étude scientifique ne le démontre.

Sans gluten ?

- **Seuls les patients atteints de la maladie cœliaque (MC) et certains allergiques doivent suivre un régime sans gluten strict à vie**, sans blé, seigle, orge et avoine. Car, lors de son ingestion du gluten, leur système immunitaire attaque par erreur la muqueuse de l'intestin grêle, détruit des microvillosités permettant l'absorption de nutriments. Ce qui provoque notamment, chez l'enfant : retard croissance, chez l'adulte : perte de poids, carences, ostéoporose, lymphomes, etc. ajouter de
- **Ceux (hyper) sensibles au gluten (HSG) doivent exclure le gluten provisoirement.** Les études récentes sur la perméabilité intestinale n'ayant pas encore identifiés de bio marqueurs, le diagnostic se fait toujours par élimination de la MC et de l'allergie au blé. De même, il n'est pas encore prouvé que seul le blé et non pas le gluten serait en cause et donc à exclure.
- Les pratiques thérapeutiques, elles, confirment qu'après 3 mois d'élimination stricte, il est possible de les réintroduire en tenant compte du seuil de tolérance différent de chaque patient.
- **les allergiques au blé doivent aussi exclure le gluten provisoirement, hors quelques rares cas.** Il est nécessaire de l'exclure chez le bébé pour éviter diarrhée chronique et perte de poids et chez l'enfant pour supprimer les réactions (digestives, respiratoires, cutanées). Avec l'âge, cette allergie disparaît avec un taux de guérison de 96% à 16 ans.

Chez l'**adolescent et l'adulte**, si cette allergie est induite par l'exercice physique : il suffit d'éviter le blé 4 à 5 h avant l'effort et 2h après.

Sans FODMAPS ?

Rappel : les **FODMAPS**³ sont des sucres (fructose, polymères de fructose, lactose, polyols) peu ou pas absorbés, fermentescibles, présents dans différentes catégories d'aliments : céréales, légumes, légumineuses, produits laitiers, fruits, édulcorants, etc.

Selon les dernières études, un **régime pauvre en FODMAPS est efficace pour 68% à 76% des adultes souffrant du syndrome de l'intestin irritable**. Après diagnostic, deux approches sont mises en œuvre :

- 1/Exclusion totale 4 à 6 semaines puis, en fonction des tests respiratoires à l'hydrogène, réintroduction progressive d'aliments « bien absorbés », orientée par enquête et tests car, c'est un régime difficile à suivre qui altère la vie sociale et la qualité de vie,
- 2/Éviction ciblée d'1 ou 2 FODMAPS, selon enquête diététique et/ou tests respiratoires.

- **Un régime strict à long terme n'est donc pas à recommander** car de **nouvelles données illustrent les bénéfices santé des FODMAPS** : propriétés anticancéreuses et antibactériennes, maintien de la barrière muqueuse, augmentation de l'absorption du calcium et du transit, stimulation de l'immunité digestive. Alors que **les effets d'un régime à long terme ne sont pas connus**.

³Fermentable, Ligosaccharides, Disaccarides, Monosaccarides And Polyols

"Un régime sans gluten doit être mené sur avis médical, après diagnostic. Et avec un suivi diététique afin d'éviter les déséquilibres en remplaçant les céréales avec gluten par d'autres céréales, féculents et légumineuses. Sauf pour les MC et certaines allergies rares, il est recommandé de ne pas le faire perdurer." Dr Corinne Bouteloup, CHU de Clermont-Ferrand.

► Pour en savoir plus : résumé Corinne Bouteloup

Intolérance au lactose : mythe ou réalité ?

Si l'intolérance au lactose, fréquente, n'est plus sous-estimée, certains suppriment à tort les produits laitiers. Compte tenu de conséquences nutritionnelles néfastes, l'objectif unique doit être d'améliorer la tolérance en cas de troubles digestifs gênants.

Le mythe, en trois idées fausses :

1. Les enfants peuvent être touchés. C'est aussi exceptionnel chez eux et rarissime chez les bébés que courant chez l'adulte. Car c'est un phénomène naturel, lié au vieillissement. 10% à 30% des Français seraient intolérants au lactose et 70 à 75 % des adultes dans le monde.

► Tester avant de bannir s'impose chez les enfants.

2. C'est une « allergie au lait » ! Non, cette intolérance est causée par un déficit en lactase, l'enzyme capable de dégrader le lactose du lait. Elle n'a rien à voir avec « l'allergie aux protéines de lait de vache », 4^e allergie alimentaire chez les enfants, d'origine immunologique.

3. En cas de troubles digestifs, tous les produits laitiers sont concernés. Surtout pas. S'il y en a un seul à éviter, c'est le lait, presque toujours malabsorbé. D'autres produits laitiers, par contre, peuvent être digérés sans troubles. De plus, chaque patient a un seuil de tolérance particulier.

La réalité, en trois recommandations :

1. L'intolérance ne provoque que dans 50 à 70% des cas des symptômes gênants (douleurs, ballonnements, diarrhées, nausées, maux de tête) et à l'inverse le lactose n'explique pas toutes les douleurs abdominales.

► Cette « malabsorption » doit être diagnostiquée après ingestion. Le test respiratoire à l'hydrogène est le test de référence.

2. Des recherches récentes ont démontré que le lactose est mieux toléré s'il est ingéré avec d'autres aliments, au cours d'un repas, pris sous forme de yaourt ou de fromage affiné : tout ce qui ralentit la vidange peut être efficace ► il est essentiel de faire un bilan complet pour **réduire mais conserver les produits laitiers bien absorbés** et limiter ainsi les carences en calcium, protéines, phosphore, vitamines (B2, D).

3. L'intolérance n'est pas définitive. **Seulement en cas de symptômes, la suppression** est à conseiller pendant 2 à 4 semaines, compensée par d'autres apports en protéines et en calcium. ► En cas d'amélioration, **la réintroduction graduelle** est recommandée.

"L'éviction des produits laitiers est rarement nécessaire et doit viser, uniquement en cas de troubles digestifs gênants à améliorer la tolérance. La prise en charge diététique est indispensable pour éviter les carences et pouvoir les réintroduire." Marie-Christine Morin, diététicienne, CHU de Marseille.

► Pour en savoir plus : résumé de Marie-Christine Morin

Jeûne thérapeutique et cancer : fait médiatique ou fait scientifique ?

La restriction alimentaire ou le jeûne contribuent-ils à lutter contre le cancer, à renforcer l'efficacité du traitement ou à limiter ses effets secondaires ? Scientifiquement, rien à ce jour n'est confirmé chez l'homme. La prudence s'impose donc, d'autant plus que la malnutrition et la perte de poids réduisent, elles avec preuves à l'appui, les chances de survie et la qualité de vie des patients. Vrai/Faux sur jeûne et cancer.

Les cellules cancéreuses, qui se renouvellent rapidement, ont des besoins nutritionnels élevés

Vrai. D'où l'idée de réduire ces apports afin de priver les tumeurs d'un moyen de se développer. Des recherches expérimentales menées sur les animaux qui ont effectivement montré un ralentissement de la prolifération de cellules cancéreuses.

Chez l'animal, une restriction calorique à court terme peut freiner la croissance de tumeurs

Vrai et faux : elle provoque des changements de signaux hormonaux qui pourraient activer ou non l'expression de gènes impliqués dans la prolifération cellulaire. Sur les animaux, plusieurs études en laboratoire ont montré que le jeûne augmente la sensibilité à la chimiothérapie de cellules cancéreuses et réduit ses effets secondaires par un effet protecteur sur les cellules saines. Mais, si un ralentissement a été observé pour des tumeurs du cerveau ou de la peau, il n'en a rien été pour celles de la prostate ou du sein. De plus, cette influence positive dépend du type de cancer et le « moment » de cette restriction semble crucial.

Chez l'animal, une restriction calorique à long terme peut prévenir des cancers

Faux. Les résultats des études sur les animaux sont contradictoires : tout dépendrait de la composition de l'alimentation.

Chez l'homme, les résultats sur les animaux ne sont pas scientifiquement démontrés

Vrai. Les médias ont donné un large écho à ces études mais le jeûne ne peut être considéré comme une nouvelle arme de lutte contre le cancer, car aucune des données expérimentales n'ont à ce jour été confirmées chez l'homme. Il faudra attendre plusieurs années avant de connaître les résultats des trois essais cliniques qui évaluent actuellement les bénéfices d'un jeûne lors d'une chimiothérapie. médical

Chez les patients cancéreux, il faut lutter contre la malnutrition et la perte de poids

Vrai. Leurs conséquences sont, elles, scientifiquement démontrées : touchant près d'un tiers d'entre eux, elles réduisent leurs chances de survie et leur qualité de vie, augmentent les infections et la toxicité de la chimiothérapie, du fait de la perte de leur masse musculaire.

"Le principe de précaution doit s'imposer, compte tenu des connaissances connues et dramatiques de la dénutrition chez les patients cancéreux ; en attendant de disposer de données solides et de protocoles de jeûne en fonction du type de cancer et de traitement."

Pr Christophe Moinard, Université de Grenoble, INSERM.

➤ *Pour en savoir plus : résumé de Christophe Moinard*

Les textes, photos et coordonnées des orateurs de la JABD sont disponibles
sur simple demande par mail à ibd@institut-b-delessert.asso.fr

INSTITUT  BENJAMIN DELESSERT

23, Avenue d'Iena
75116 Paris
Tél : 01 45 53 41 69 - Fax : 01 47 27 66 74
<http://www.institut-benjamin-delessert.net>