

Mieux vivre avec une maladie inflammatoire de l'intestin

Après le diagnostic, l'une des premières questions des patients est que manger pour mieux gérer leur maladie inflammatoire de l'intestin (MICI).

L'alimentation peut influencer sur les types et les fonctions des bactéries qui habitent l'intestin, ainsi que sur sa muqueuse protectrice. Une alimentation saine peut contribuer à maintenir l'intestin en bonne santé et à prévenir l'inflammation¹.

Nutriments et sources de nourriture à privilégier du fait de leur potentiel pour réduire l'inflammation dans l'intestin

* Fibres alimentaires^{2 3 4}

- Fibres solubles: patates douces, carottes, poires, pommes, oranges, légumineuses, avoine, orge, graines de lin et de chia.
- Fibres insolubles: son de blé, légumes à feuilles vert foncé, céréales entières, fruits à coque, graines, riz brun.

Il n'est plus conseillé de consommer moins de fibres pour les MICI. Une alimentation riche en fibres variées est importante pour un intestin sain.

* Amidon résistant²

- Bananes vertes, lentilles, légumineuses cuites et refroidies, bananes, noix de cajou, orge, seigle, riz cuit et refroidi, pommes de terre ou pâtes alimentaires.

L'amidon résistant peut aider à réduire l'inflammation intestinale et à soulager les symptômes des MICI.

* Certaines bactéries probiotiques et les laits fermentés^{3 6}

- Laits fermentés: yaourt, kéfir, labneh, amasi, ayyran.
- Suppléments (en capsules, ou en poudre).

Des bactéries probiotiques spécifiques à souche unique ou multiple peuvent être utiles pour la prise en charge de la colite ulcéreuse. L'efficacité des probiotiques pour traiter la maladie de Crohn n'a pas été avérée.

* Oméga-3 Acides gras Polyinsaturés^{9 10 11}

- Poissons gras: saumon, thon, hareng, sardines, truite.
- Fruits de mer: huîtres, moules et crevettes.
- Graines de lin et de chia, noix et algues.
- Oméga-3: œufs.

Consommer plus d'AGPI oméga-3 peut aider à équilibrer le système immunitaire, réduire l'inflammation et améliorer la fonction de la muqueuse intestinale.

* Vitamine D¹⁰

- Poissons gras (saumon, thon, maquereau), jaune d'œuf et produits laitiers entiers.
- Suppléments de vitamine D.
- Exposition au soleil.

Les patients de MICI devraient contrôler leurs niveaux de vitamine D et pourraient avoir besoin de suppléments en cas de carence.

* Certains prébiotiques^{2 3}

- Aliments contenant des prébiotiques: oignon, ail, racine de chicorée, artichauts et agave.
- Suppléments: psyllium, inuline, fructooligosaccharides, xyloooligosaccharides.

Des études suggèrent un effet bénéfique des prébiotiques sur les MICI. Certaines personnes peuvent avoir du mal à tolérer certains types de fibres prébiotiques qui dépendront des bactéries de leur intestin.⁵

* Polyphénols²

- Baies, thé vert, céréales complètes (avoine, riz brun), fruits à coque (amandes, noix et pacanes), légumes (vert foncé), fruits (pommes, raisins, agrumes).

Les polyphénols, un groupe nombreux de composés présents dans les aliments d'origine végétale, peuvent améliorer le microbiome. Ils favorisent la croissance de bactéries bénéfiques et protègent la santé de la muqueuse intestinale dans les MICI.

* Sources de protéines maigres⁷

- Poisson, œufs, poulet sans peau, dinde, légumineuses, tofu, produits à base de soja.

Les sources de protéines maigres sont essentielles à la croissance et à la réparation des tissus corporels, au soutien de la masse musculaire et de la fonction immunitaire. De plus, elles sont une source importante de fer. Les personnes atteintes de MICI ont un risque accru de carence en fer, d'où l'intérêt de faire vérifier leur taux de fer.

Pour mieux absorber le fer, mangez des aliments riches en vitamine C (agrumes, tomates, poivrons) avec des aliments riches en fer⁸.

* Oméga-9 Acides gras monoinsaturés^{9 10}

- Huile d'olive, avocat, fruits à coque (amandes, noix de cajou, pacanes), graines de courge, olives.

Les acides gras monoinsaturés sont des graisses saines dont l'effet positif sur le microbiome a été avéré.

Sources de nutriments et d'aliments associés à une inflammation intestinale accrue qu'il convient de limiter en cas de MICI

* Oméga-6 Acides Gras polyinsaturés^{9 10}

- Huiles végétales: maïs, soja, carthame, tournesol.
- Viandes: viandes d'animaux nourris à base de maïs.
- Aliments transformés: produits de boulangerie, snacks, aliments frits.

Un excès d'AGPI oméga-6 est associé à une inflammation accrue pour les MICI.

* Alcool¹³

Tout type de boisson alcoolisée (bière, vin, boissons spiritueuses, cocktails).

La consommation d'alcool n'est pas recommandée pour les MICI.

* Viande rouge

Bœuf, porc, agneau, veau

Une consommation élevée de viande rouge a été associée à un risque accru de maladie de Crohn et de rechute. La consommation de viande rouge devrait être limitée à 114 g/semaine.

* Aliments contenant des additifs alimentaires (excès de sel, émulsifiants et édulcorants artificiels)¹²

- Limiter la consommation d'aliments ultratransformés contenant des émulsifiants (polysorbate 80, carboxyméthylcellulose), glucides raffinés, acides gras trans, huile de palme.

- Éviter les aliments comme les gâteaux, snacks (frites, chips), fastfoods, viandes transformées, boissons gazeuses ou sucrées.

Une plus grande consommation d'aliments ultratransformés est associée à un risque accru de MC. Choisissez plutôt des aliments entiers et non transformés comme les céréales complètes, les fruits, les légumes, les protéines maigres et les graisses saines.



Il existe de nombreuses options nutritionnelles pour traiter les MICI. Avant d'en choisir une, consultez toujours un médecin ou autre professionnel de la santé qualifié qui vous recommandera un régime alimentaire adapté à votre état de santé.

1. Sasson AN, Ananthakrishnan AN, Raman M. Diet in treatment of inflammatory bowel diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021; 19(3):425-435.e3. doi: 10.1016/j.cgh.2019.11.054.

2. Haskey N, Gold SL, Faith JJ, et al. To fiber or not to fiber: the swinging pendulum of fiber supplementation in patients with inflammatory bowel disease. *Nutrients*. 2023; 15(5):1080. doi: 10.3390/nu15051080.

3. Bischoff SC, Beger P, Escher J, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2023; 42(3):352-379. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004.

4. Liu X, Wu Y, Li F, et al. Dietary fiber intake reduces risk of inflammatory bowel disease: result from a meta-analysis. *Nutr Res*. 2015; 35(9):753-758. doi: 10.1016/j.nutres.2015.05.021.

5. Armstrong HK, Bording-Jorgensen M, Santer DM, et al. Unfermented -fructan fibers fuel inflammation in select inflammatory bowel disease patients. *Gastroenterology*. 2023; 164(2):228-240. doi: 10.1053/j.gastro.2022.09.034.

6. World Gastroenterology Organisation. Probiotics and prebiotics. February 2023. Available on: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>

7. Olendzki B, Bucchi V, Cawley C, et al. Dietary manipulation of the gut microbiome in inflammatory bowel disease patients: pilot study. *Gut Microbes*. 2022; 14(1):2045244. doi: 10.1080/19490976.2022.2045244.

8. Galipeau HJ, Caminero A, Turpin W, et al. Novel fecal biomarkers that precede clinical diagnosis of ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2021; 160(5):1532-1545. doi: 10.1053/j.gastro.2020.12.004.

9. Wolters M, Ahrens J, Romani-Pérez M, et al. Dietary fat, the gut microbiota, and metabolic health – A systematic review conducted within the MyNewGut project. *Clin Nutr*. 2019; 38(6):2504-2520. doi: 10.1016/j.clnu.2018.12.024.

10. Hedley N, Gibson DL. An examination of diet for the maintenance of remission in inflammatory bowel disease. *Nutrients*. 2017; 9(3):259. doi: 10.3390/nu9030259.

11. Carreras-Torres R, Ibáñez-Sanz G, Obón-Santacana M, et al. Identifying environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: a Mendelian randomization study. *Sci Rep*. 2020; 10(1):19273. doi: 10.1038/s41598-020-76361-2.

12. Narula N, Chang NH, Mohammad D, et al. Food processing and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023. doi: 10.1016/j.cgh.2023.01.012.

13. Camilleri M, Vella A. What to do about the leaky gut. *Gut*. 2022; 71(2):424-435. doi: 10.1136/gutjnl-2021-325428.

Références supplémentaires sur le microbiote intestinal et les MICI:

Ramos, G. P., and Papadakis, K. A. (2019). Mechanisms of disease: inflammatory bowel diseases. *Mayo Clin. Proc.* 94, 155-165.

Ma, Y., Xu, X., Li, M., Cui, J., Wei, Q., and Niu, H. (2019). Gut microbiota promote the inflammatory response in the pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Mol. Med.* 25:35.

O'Donnell, S., Borowski, K., Estlin-Garcia, O., Milgram, R., Kabackchiev, B., Stempak, J., et al. (2019). The uninvolved link of genetic markers and crohn's disease progression: a north american cohort experience. *Inflamm. Bowel Dis.* 25, 1541-1549.

Pang, J. X. Q., Kheirikhahrahimabadi, H., Bindra, S., Bindra, G., Panaccione, R., Eksteen, B., et al. (2021). Differential effect of genetic burden on disease phenotypes in Crohn's disease and ulcerative colitis in a Canadian cohort. *J. Can. Assoc. Gastroenterol.* 4, 65-72.

Zheng, D., Lwinski, T., and Elinav, E. (2020). Interaction between microbiota and immunity in health and disease. *Cell Res.* 30, 492-506.

Andoh, A., Kuzuska, H., Tsujikawa, T., Nakamura, S., Hirai, F., Suzuki, Y., et al. (2012). Multicenter analysis of fecal microbiota profiles in Japanese patients with Crohn's disease. *J. Gastroenterol.* 47, 1298-1307.

Joossens, M., Huys, G., Cnockaert, M., De Preter, V., Verbeke, K., Rutgeerts, P., et al. (2011). Dysbiosis of the faecal microbiota in patients with Crohn's disease and their unaffected relatives. *Gut* 60, 631-637.

Darfeuille-Michaud, A., Boudeau, J., Bulois, P., Neut, C., Glasser, A. L., Barnich, N., et al. (2004). High prevalence of adherent-invasive Escherichia coli associated with ileal mucosa in Crohn's disease. *Gastroenterology* 127, 412-421.

Liu, S., Zhao, W., Lan, P., and Mou, X. (2020). The microbiome in inflammatory bowel diseases: from pathogenesis to therapy. *Protein Cell* 15, 331-345.

Iliev, I. D., and Leonard, J. (2017). Fungal dysbiosis: immunity and interactions at mucosal barriers. *Nat. Rev. Immunol.* 17, 635-646.

Belheiti-Maad, A., Shahrhoud, S., Ansari, S., Mirsamadi, E. S., Yedegar, A., Mirjalili, H., et al. (2021). Gut mycobiome: The probable determinative role of fungi in IBD patients. *Mycoses* 64, 468-476.

Sokol, H., Leducq, V., Aschard, H., Pham, H. P., Jegou, S., Landman, C., et al. (2017). Fungal microbiota dysbiosis in IBD. *Gut* 66, 1039-1048.

Qiu, X., Ma, J., Jiao, C., Mao, X., Zhao, X., Lu, M., et al. (2017). Alterations in the mucosa-associated fungal microbiota in patients with ulcerative colitis. *Oncotarget* 8, 107577-107588.

Inczeffi, O., Bacsur, P., Resal, T., Kereztes, C., Molnar, T. The Influence of Nutrition on Intestinal Permeability and the Microbiome in Health and Disease. *Front. Nutr.* 2022, 9, 718710.

Lo Sasso, G., Khachatryan, L., Kondylis, A., Battey, J.N.D., Sierro, N., Danilova, N.A., Grigoryeva, T.V., Markelova, M.I., Khasinutdinova, D.R., Latkov, A.Y., et al. Inflammatory Bowel Disease-Associated Changes in the Gut: Focus on Kazan Patients. *Inflamm. Bowel Dis.* 2021, 27, 418-433.