

Outils pour la pratique est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

Révision : 26 novembre 2019

Mise à jour des données probantes : Ajout de cinq revues systématiques
Conclusion : Légères modifications tenant compte des résultats des revues systématiques

Première publication : 6 juillet 2015

Régime appauvri en FODMAP : matière à réflexion ou idée irritante?

Question clinique : Le régime appauvri en FODMAP améliore-t-il les symptômes des patients atteints du syndrome du côlon irritable?

Conclusion : Un régime appauvri en FODMAP peut améliorer les symptômes des patients atteints du sous-type du syndrome du côlon irritable (SCI) dominé par la diarrhée. Toutefois, la plupart des études étaient de faible qualité (petits nombres et courte durée). Par conséquent, des études de plus haute qualité sont nécessaires.

Données probantes

- Quatre méta-analyses¹⁻⁴ (de 4 à 8 essais cliniques randomisés, de 293 à 596 participants, critères d'entrée de ROME II/III). Les essais ont principalement été réalisés auprès de jeunes femmes. Par rapport au régime témoin (RT), le régime appauvri en FODMAP (RAF) :
 - A réduit les symptômes de douleur abdominale¹⁻³ et de ballonnement^{1,2}.
 - A amélioré la qualité de vie : effet petit à modéré³.
 - A atténué les symptômes globaux de SCI⁴ : 28 % présentaient des symptômes persistants par rapport à 59 % des membres du groupe témoin. NST = 4.
 - A atténué la gravité des symptômes².
 - Limites : brève durée du suivi (de 10 jours à 3 mois); petit nombre d'essais. Le mauvais usage des statistiques (p. ex., les rapports de cotes [sans les taux d'événements] et/ou les écarts moyens normalisés) limite l'interprétation clinique des données.
- Une revue systématique a évalué la qualité d'ECR portant sur le RAF pour le SCI (9 essais, 542 patients) et constaté que tous les essais comportaient un risque élevé de biais, souvent en raison de l'absence d'insu et du choix du groupe témoin⁵.
- Exemple de changements réels dans les symptômes : ECR le plus vaste et de plus haute qualité, ouvert, d'une durée de six semaines et mené auprès de 123 patients danois atteints du SCI et recevant des soins spécialisés⁶.
 - Échelle d'évaluation des symptômes de 500 points (différence minimale cliniquement importante = 50)⁷ :

- Amélioration d'environ 150 points avec le régime appauvri en FODMAP, d'environ 80 points avec les probiotiques et d'environ 30 points avec un régime normal.
- Analyse en sous-groupes : L'amélioration n'a été constatée que chez les patients atteints de diarrhée.
- Limites : investigations préalables à l'inscription : coloscopie, test génétique de dépistage de la carence en lactase; analyse selon le respect du protocole.

Contexte

- Des études de cohorte ont démontré l'effet bénéfique du RAF^{2,8}, mais les patients atteints du SCI ont un taux de réponse élevé au placebo⁹ (même quand ils savent qu'ils reçoivent un placebo)¹⁰.
- Les lignes directrices sur le SCI suggèrent d'offrir aux patients un « essai de régime appauvri en FODMAP »^{11,12}. Le taux d'adhérence au régime¹³ est d'environ 40 %.
- Les patients chez qui le RAF a été associé à une amélioration initiale se sont détériorés après la réintroduction du fructose ou des fructosanes¹⁴.
- Le régime appauvri en FODMAP est restrictif, limitant la consommation de nombreux fruits, de produits laitiers, du blé, des légumineuses et des édulcorants artificiels¹⁵. Des exemples sont disponibles en ligne¹⁵.

Auteurs originaux : Cian Hackett, B. Sc., Michael R. Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc.

Mise à jour : Samantha Moe, Pharm. D.

Révision : Michael R. Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc., Mike Allan, B. Sc., M.D., CCMF

Références

1. Altobelli E, Del Negro V, Angeletti P et al. *Nutrients*. 2017;9:940.
2. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. *Eur J Nutr*. 2016;55:897.
3. Schumann D, Klose P, Lauche R et al. *Nutrition*. 2018;45:24.
4. Dionne J, Ford AC, Yuan Y et al. *Am J Gastroenterol*. 2018;113:1290.
5. Krogsgaard LR, Lyngesen M, Bytzer P. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;45(12):1506-1513.
6. Pedersen N, Andersen NN, Végh Z et al. *World J Gastroenterol*. 2014;20(43):16215-16226.
7. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997;11:395-402.
8. Rao SCC, Yu S, Fedew A. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41:1256-1270.
9. Ford AC, Moayyedi P. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;32:144-158.
10. Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM et al. *PLoS ONE*. 2010;5(12):e15591.
11. Ford AC, Moayyedi P, Chey WD et al. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(Suppl 2):1-18.
12. Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G et al. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2019;2(1):6-29.
13. Mari A, Hosadrug D, Martin L et al. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2019;31(2):178-182.
14. Shepherd SJ, Parker FC, Muir JG, et al. *Clin Gastro Hepatol*, 2008;6(7):765-771.
15. Low FODMAP Diet. <https://stanfordhealthcare.org/medical-treatments/l/low-fodmap-diet.html>. Consulté le 3 octobre 2019.

Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordinés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.