

YIN SHI

Troubles digestifs

Syndrome de l'intestin irritable

Fiche professionnelle de diététique

Une pathologie fonctionnelle sur trois sous-types cliniques : diarrhée, constipation, alternance. Le levier alimentaire le mieux documenté reste la qualité et la solubilité des fibres, loin devant n'importe quel régime d'exclusion prolongé.

COMPRENDRE LA PATHOLOGIE

Syndrome de l'intestin irritable

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un trouble fonctionnel de l'interaction intestin-cerveau : douleurs ou inconforts abdominaux récurrents, ballonnements et troubles du transit, sans lésion organique à l'exploration. Le diagnostic repose sur les critères de Rome IV et l'exclusion des diagnostics différentiels (maladie cœliaque, MICI, déficit en lactase). Trois sous-types dominants guident la prise en charge diététique.

SIGNES ÉVOCATEURS

- Douleurs abdominales soulagées ou modifiées par la défécation, au moins un jour par semaine depuis trois mois
- Ballonnements, distension, borborygmes, gêne post-prandiale
- Transit perturbé : diarrhée, constipation ou alternance des deux
- Urgences de défécation, sensation d'évacuation incomplète
- Symptômes modulés par le stress, les repas et le sommeil
- Absence de signes d'alarme : pas de sang, pas de perte de poids, pas de fièvre

LE TERRAIN FAVORISANT

Le terrain typique associe une hypersensibilité viscérale et une motilité dysrégulée, souvent sur fond de stress chronique, d'antécédent d'entérite (SII post-infectieux, jusqu'à 10 % des gastro-entérites), de repas irréguliers et d'une alimentation riche en produits ultra-transformés. La dysbiose est documentée sans être encore un outil diagnostique. La cohorte NutriNet-Santé a montré une association entre consommation d'aliments ultra-transformés et prévalence du SII (Schnabel et al., Am J Gastroenterol, 2018).

LES PROFILS

Un plan par sous-type

La classification par sous-type n'est pas une coquetterie administrative : elle détermine la stratégie des fibres, le calendrier des repas et les priorités d'éviction. Un même patient peut glisser d'un sous-type à l'autre ; le plan doit être réévalué à chaque consultation.

SOUS-TYPE	SIGNES DISTINCTIFS	SIGNAL RAPIDE
SII-D : diarrhée prédominante	Selles molles ou liquides plus d'un quart du temps, urgences post-prandiales, souvent pire le matin	***l'urgence qui suit le repas***
SII-C : constipation prédominante	Selles dures ou rares, poussées, sensation de ballon plein sans vidange	***ballonné mais rien ne sort***
SII-M : alternance diarrhée-constipation	Alternance de phases diarrhée et constipation, variabilité forte selon le stress et les repas	***un jour ça coule, un jour c'est bloqué***

Le SII-U (non classé) regroupe les patients ne satisfaisant nettement aucun sous-type : traiter le symptôme dominant du moment et réévaluer. Le SII post-infectieux survient après une entérite documentée (jusqu'à 10 % des cas) : il répond au même cadre, avec une rémission spontanée fréquente en 5 ans. Une comorbidité fréquente qui change tout : l'intolérance au lactose, à dépister par éviction-test avant d'imputer les symptômes au SII.

1 SII-D : diarrhée prédominante *· le sous-type le plus fréquent chez l'homme*

Le profil de la motilité accélérée : le réflexe gastro-colique est exagéré et le bol n'a pas le temps d'être conditionné. L'objectif est d'apaiser la motilité sans créer de blocage : fibres solubles en petite quantité régulière, féculents digestes, suppression des accélérateurs de transit.

ALIMENT	POURQUOI	CONSEIL PRATIQUE
Riz	Amidon hautement digeste, effet modérateur documenté sur la consistance des selles	*Riz blanc bien cuit ou en bouillie aux repas de crise*
Carotte	Pectine soluble en bonne tolérance, structure le contenu intestinal	*Cuite fondante, purée ou soupe, 1 portion par repas*
Banane	Pectine + amidon résistant en début de murissement, apporte du potassium	*Mûre (pointillée), 1 par jour, jamais verte*
Coing	Très riche en pectine et tanins doux, fruit traditionnel des selles molles	*Uniquement cuit : compote, pâte ou rôti*
Citrouille	Fibres douces très tolérées, haute teneur en eau	*Soupe ou purée, 200 g par portion*
Igname	Féculent mucilagineux : gaine le tube digestif sans le bousculer	*Bouilli ou en purée, alternative à la pomme de terre*
Millet	Céréale sans gluten à fibre modérée, bonne tolérance en portion raisonnable	*En bouillie crémeuse le matin*
Poulet	Protéine maigre peu fermentescible, aucun résidu irritant	*Poché ou braisé, sans la peau*
Truite	Protéine + oméga-3, digestibilité excellente	*En papillote ou vapeur douce*
Larme de Job	Graine traditionnelle des bouillies digestives, amidon doux	*En congee longuement mijoté*

À LIMITER	RAISON
Café	Accélère la motilité colique de façon dose-dépendante : tester l'arrêt 2 semaines
Son de blé et fibres insolubles brutes	Le guideline ACG 2021 recommande les fibres solubles et déconseille l'insoluble dans le SII
Crudités en grande quantité	Fibres dures + osmose : aggraver mécaniquement le transit rapide
Sodas et boissons gazeuses	Fructose + gaz : double agression osmotique et mécanique
Oignon, ail, échalote crus	Fructanes concentrés, FODMAP élevés : parmi les premiers suspects en éviction
Fritures et plats très gras	Les lipides déclenchent le réflexe gastro-colique exagéré

RÈGLE D'OR

Des petits repas réguliers valent mieux que trois grosses séances : le volume gastrique commande la motilité colique.

CE QUE DISENT LES ÉTUDES

Les fibres solubles (psyllium en tête) sont les seules recommandées par le guideline ACG (Am J Gastroenterol, 2021) ; dans l'essai randomisé de Bijkerk, le psyllium 10 g/j améliorait significativement les symptômes globaux (BMJ, 2009). L'huile essentielle de menthe poivrée gastro-résistante réduit les douleurs dans les méta-analyses (Ingrosso et al., Aliment Pharmacol Ther, 2022). Un essai sans gluten a montré un bénéfice chez le SII-D non cœliaque (Vazquez-Roque et al., Gastroenterology, 2013), à interpréter comme effet fructanes autant que gluten.

2 SII-C : constipation prédominante *· le sous-type le plus fréquent chez la femme*

Le profil de la motilité paresseuse et de la déshydratation du bol : le contenu stagne et se dessèche. L'objectif est de relancer le transit par les fibres solubles hydratées et les osmolytes doux, sans jamais forcer la dose au point de gonfler davantage. L'eau est ici un nutriment à part entière.

ALIMENT	POURQUOI	CONSEIL PRATIQUE
Kiwi	Essai randomisé 2023 : 2 kiwis par jour améliorent la fréquence et la consistance des selles dans la constipation chronique	*2 kiwis verts par jour, au petit-déjeuner*
Graines de Chia	Mucilage soluble qui retient l'eau dans le bol : le psyllium de la cuisine	*1 c. à s. trempée 15 min dans eau ou yaourt, le matin*
Papaye	Papaïne + fibres douces, osmolyte naturel bien toléré	*1/2 papaye mûre en dessert ou petit-déjeuner*
Rhubarbe	Anthraquinones végétales stimulant doucement le péristaltisme	*En compote, 1 à 2 fois par semaine, pas en cure continue*
Amande (graine)	Fibres + lipides lubrifiants, effet documenté sur la fréquence	*10 amandes par jour, purée trempée si gêne*
Abricot	Sorbitol doux + fibres, osmolyte de saison	*Frais ou secs réhydratés, 4 à 6 par jour en cure courte*
Huile de sésame	Lubrification du bol alimentaire, usage traditionnel documenté	*1 c. à s. par jour en assaisonnement tiède*
Banane	Pectine soluble seulement si très mûre : utile en base, pas en star	*1 par jour bien mûre ; la banane verte constipe*
Sésame noir	Fibres + huile : le duo traditionnel des selles paresseuses	*Torréfié puis broyé, 1 c. à s. dans la bouillie*

À LIMITER	RAISON
Excès de riz blanc et féculents raffinés	Ralentissent le transit quand ils forment l'ossature du repas
Excès de fibres insolubles sans eau	Le son sec aggrave le bouchon : toute fibre ajoutée exige 1,5 L d'eau par jour
Aliments déshydratants	Alcool et excès de protéines sèches retirent l'eau du bol (l'alcool reste proscrit en boisson)
Excès de laitages gras non fermentés	Effet ralentisseur rapporté par une partie des patients (avis d'expert ; le laitage fermenté peut au contraire aider)
Ignorer l'envie d'aller à la selle	Émousse le réflexe rectal : instaurer un rendez-vous fixe après le petit-déjeuner

RÈGLE D'OR

La fibre ne travaille que si elle est hydratée : augmenter les fibres sans l'eau, c'est aggraver le bouchon.

CE QUE DISENT LES ÉTUDES

2 kiwis par jour ont amélioré la fréquence des selles dans un essai randomisé (Am J Gastroenterol, 2023). La méta-analyse de Moayyedi confirme le bénéfice des fibres solubles sur les symptômes du SII (Am J Gastroenterol, 2014), en précisant que l'effet appartient aux fibres solubles (Nagarajan et al., Eur J Gastroenterol Hepatol, 2015). Le psyllium reste l'agent de référence : en cuisine, le mucilage de chia en est le bon équivalent fonctionnel.

3 SII-M : alternance diarrhée-constipation *· le sous-type le plus difficile à stabiliser*

Le profil de la motilité instable : le côlon oscille entre accélération et stagnation, souvent sur fond de repas irréguliers et de variations de charge osmotique. La stratégie n'est pas de traiter les deux pôles mais de stabiliser le terrain : régularité des repas, fibres solubles constantes en petite dose, et élagage méthodique des FODMAP déclencheurs.

ALIMENT	POURQUOI	CONSEIL PRATIQUE
Millet	Céréale douce à fibre modérée : la base qui ne penche d'aucun côté	*En bouillie ou en grain cuit, quotidien possible*
Carotte	Pectine soluble stable : utile dans les deux phases	*Cuite, quotidienne, variable les formes*
Igname	Féculent gainant, tolérance remarquable dans les deux phases	*Bouilli ou en potage*
Citrouille	Fibres douces non osmotiques, grande tolérance	*Soupe, purée ou rôtie*
Banane	Pectine + amidon : module le transit dans les deux sens	*Mûre, 1 par jour*
Coing	Pectine structurante cuite : régule sans bloquer	*Compote ou rôti, 2 à 3 fois par semaine*
Poulet	Protéine neutre qui stabilise le repas sans déclencher	*Bouillons et braisés doux*
Truite	Protéine digeste + oméga-3 modulateurs d'inflammation	*Vapeur ou papillote*
Sarrasin	Céréale sans gluten à faible FODMAP : la base stable des deux phases	*En grain cuit ou bouillie*
Fenouil bulbe	Antispasmodique alimentaire documenté sur les gaz et les spasmes	*Braisé ou en soupe ; cru en toute petite quantité*

À LIMITER	RAISON
Repas irréguliers ou sauts de repas	L'irrégularité horaire est le premier désorganisateur de la motilité dans ce sous-type
Oignon et ail	Fructanes : premier FODMAP à tester en éviction-réintroduction
Légumineuses en grande portion	GOS + fibres fermentescibles : tolérées en petite portion, hostiles en plat principal
Sodas et boissons gazeuses	Gaz + polyols ou fructose selon les versions
Pomme, poire et fruits à sorbitol crus en excès	Excès de fructose + polyols : le couple osmotique classique des phases de diarrhée
Café en excès	Déclenche la phase accélérée ; tolérance variable, à tester individuellement

RÈGLE D'OR

Ne jamais corriger la constipation d'hier au moment où commence la diarrhée d'aujourd'hui : stabiliser le cadre avant de régler le contenu.

CE QUE DISENT LES ÉTUDES

Le régime pauvre en FODMAP améliore les symptômes dans les essais randomisés, mais la restriction prolongée réduit les bifidobactéries (Staudacher et al., Gastroenterology, 2017) : la phase d'éviction doit durer 4 à 6 semaines puis céder la place à la réintroduction, et le régime personnalisé préserve le microbiote (Staudacher et al., Neurogastroenterol Motil, 2022). Les probiotiques ont un effet global modeste mais significatif (Goodoory et al., Gastroenterology, 2023). L'effet « gluten » du SII serait surtout un effet fructanes (Biesiekierski et al., Gastroenterology, 2013).

TRANSVERSAL

Ce qui vaut pour tous les profils

Quatre-vingts pour cent du bénéfice diététique du SII vient de cinq gestes simples, avant même la première éviction. Ils valent pour les trois sous-types et conditionnent le succès de toute intervention plus fine.

• Trois repas à heures régulières, jamais de saut : le côlon aime l'horloge, c'est le levier n°1 du SII-M et du SII-D

• Manger assis, calmement, en mâchant : la vitesse d'ingestion augmente la charge osmotique et l'aérophagie

• 1,5 à 2 litres d'eau plate par jour, régulièrement répartis : condition de tout travail des fibres

• Tester l'éviction structurée des FODMAP seulement après échec des mesures simples : 4 à 6 semaines de restriction, puis réintroduction méthodique par groupe, jamais de restriction prolongée sans réintroduction

• Remplacer progressivement les produits ultra-transformés par des plats simples : l'association avec le SII est démontrée en cohorte (Schnabel et al., Am J Gastroenterol, 2018)

• Marcher ou bouger 20 à 30 minutes par jour : l'activité physique module la motilité et l'hypersensibilité

• Tenir un journal alimentaire-symptômes sur 2 semaines avant toute éviction : c'est lui qui désigne les vrais suspects, pas les listes génériques

• Ne jamais superposer plus d'une éviction à la fois, et toujours avec une date de réintroduction prévue

EN CUISINE

Des recettes qui correspondent

Les bases douces du quotidien

Des plats complets, tendres et peu résiduels, adaptés aux journées de sensibilité.

- Blanquette de Veau
- Pot-au-feu traditionnel
- Truite en Papillote aux Légumes
- Compote de Pommes à la Cannelle
- Compote de Coing et Pomme
- Waterzooi de Poulet aux Poireaux

Les bouillons et bouillies du monde

La famille des céréales fondues et des soupes longuement mijotées : le format le plus digeste qui soit, dans toutes les cuisines du monde.

- Congee d'Avoine Salé aux Champignons et Gingembre
- Khichdi, riz aux lentilles de l'Inde
- Soupe de Poisson à l'Aneth
- Soupe de Daikon et Poulet
- Bouillie de Sarrasin au Lait
- Compote de Rhubarbe et Gingembre

NOTES POUR LE PRATICIEN

• Document d'aide à la réflexion destiné aux professionnels de la nutrition : il ne remplace ni le diagnostic médical ni le jugement clinique. Le diagnostic de SII est un diagnostic d'exclusion posé par un médecin.

• Signes d'alerte imposant l'avis médical : sang dans les selles, perte de poids inexpliquée, fièvre, anémie, douleur nocturne réveillant le patient, début après 50 ans, antécédent familial de cancer colorectal ou de MICI.

• Références clés : guideline ACG (Lacy et al., Am J Gastroenterol, 2021) ; Bijkerk et al. psyllium (BMJ, 2009) ; Moayyedi et al. fibres (BMJ, 2014) ; Nagarajan et al. solubilité (Eur J Gastroenterol Hepatol, 2015) ; Ingrosso et al. menthe poivrée (Aliment Pharmacol Ther, 2022) ; Goodoory et al. probiotiques (Gastroenterology, 2023) ; Staudacher et al. FODMAP et microbiote (Gastroenterology, 2017 ; Neurogastroenterol Motil, 2022) ; Schnabel et al. ultra-transformés (Am J Gastroenterol, 2018) ; essai kiwi (Am J Gastroenterol, 2023) ; Biesiekierski et al. gluten versus fructanes (Am J Gastroenterol, 2011 ; Gastroenterology, 2013).

• Stratégie : les mesures simples d'abord (régularité, eau, mastication, activité) ; l'éviction-réintroduction des FODMAP ensuite, toujours bornée dans le temps ; l'hypothèse lactose et l'hypothèse fructanes avant l'hypothèse gluten.

• Ne pas confondre le niveau FODMAP pour 100 g avec la portion réelle : c'est la dose par repas qui fait le symptôme, et les seuils de tolérance varient d'un patient à l'autre.