

# Alimentation et rhumatismes inflammatoires chroniques en 6 questions-réponses

*Diet and inflammatory rheumatic diseases in 6 questions and answers*

J. Sellam\*, C. Daien\*\*



## Pourquoi s'intéresser à l'alimentation des patients souffrant de rhumatismes inflammatoires chroniques ?

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) ont connu depuis 20 ans une révolution thérapeutique avec l'avènement des thérapies ciblées. Pour autant, restreindre la prise en charge de ces patients à la seule prescription médicamenteuse selon la valeur d'un DAS28 ou d'un BASDAI serait une erreur majeure dans la perspective d'une prise en charge globale, désormais recommandée par les sociétés savantes, telles que la Société française de rhumatologie (SFR) [1, 2].

En effet, nous avons quelquefois des difficultés à contrôler certains symptômes subjectifs (douleurs et raideurs articulaires, fatigue) chez les patients ou à les soulager et, s'agissant de maladies chroniques, il est fréquent que les patients veuillent agir sur leurs symptômes "naturellement" et par eux-mêmes. C'est dans ce contexte que ces derniers s'intéressent très fréquemment à l'alimentation, sujet longtemps négligé par les rhumatologues.

Les patients remarquent quelquefois, de manière subjective, que tel aliment améliore ou tel autre aggrave leurs douleurs. D'après une étude américaine récente menée chez 217 patients ayant une polyarthrite rhumatoïde (PR), 25 % des patients rapportent un effet (bénéfique ou néfaste) des aliments sur leurs symptômes de PR et 25 % évitent certains aliments pour contrôler leurs symptômes [3]. Les myrtilles et les épinards étaient les aliments le plus souvent signalés comme améliorant les symptômes, tandis que les sodas avec du sucre et les desserts étaient considérés comme ceux qui les aggravaient le plus souvent.

Les habitudes alimentaires des Américains n'étant pas celle des Français, nous avons mené une enquête similaire chez 392 patients (161 patients atteints de spondyloarthrite (SpA), 123 de PR et 108 d'arthrose digitale) [4]. Nous avons retrouvé des résultats assez proches : un quart des patients ont déjà suivi ou suivent un régime alimentaire d'exclusion (principalement les régimes sans gluten, sans lactose et le jeûne/détox). La moitié des régimes suivis était associée à une diminution de la douleur. Un des résultats les plus marquants était que 82 % des patients avaient fait un régime sans avoir eu recours aux conseils d'un médecin.

Cette absence d'implication des médecins dans l'alimentation des patients conduit naturellement ces derniers à chercher d'autres sources d'information. Ainsi, dans cette course au régime "miracle", le marketing a pris le pas sur la science et fait la promotion (payante) de régimes d'exclusion ou de compléments alimentaires, en se fondant soit sur des croyances pures, soit sur des données obtenues chez l'animal non vérifiées chez l'Homme. Cela peut d'une part donner de faux espoirs, et d'autre part favoriser des carences nutritionnelles chez des patients ayant souvent des comorbidités (ostéoporose, maladies cardiovasculaires, sarcopénie).

Ainsi, la SFR a souhaité, sur la base des données scientifiques disponibles, établir des recommandations sur l'alimentation des patients souffrant de RIC [5]. La méthodologie utilisée est détaillée dans l'**encadré**. Plusieurs analyses systématiques de la littérature ont constitué la base de ces recommandations [6-9]. Un autre aspect non abordé dans les recommandations de la SFR est le cas des régimes ou aliments associés à un sur-risque ou à un sous-risque de RIC, principalement de PR. Les études ont fait appel aux grandes cohortes observationnelles ou à une méthodologie cas-témoins, et utilisent des questionnaires

\* Service de rhumatologie, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris.

\*\* Département de rhumatologie, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier; Inserm U1046, CNRS UMR 9214, université de Montpellier, Physiologie et médecine expérimentale du cœur et des muscles (PhyMedExp), Montpellier.

## Points forts<sup>+</sup>

- » Les patients ayant un rhumatisme inflammatoire chronique expérimentent, le plus souvent de leur propre initiative, divers types de régimes et identifient certains aliments modulant leurs symptômes. Jusqu'à récemment, l'intérêt des rhumatologues sur l'alimentation de leurs patients demeurait modeste.
- » Sur la base des données scientifiques issues le plus souvent de la polyarthrite rhumatoïde, la Société française de rhumatologie a établi des recommandations sur l'alimentation des patients ayant un rhumatisme inflammatoire chronique.
- » Ces recommandations ont mis en avant le régime de type méditerranéen et les apports en oméga 3 pour agir sur les symptômes rhumatismaux, tandis qu'une mise en garde a été faite sur les régimes d'exclusion.
- » Ces recommandations ont aussi mis en exergue le manque d'études méthodologiquement solides ou explorant les régimes actuellement essayés par les patients (sans gluten, jeûne intermittent, etc.).

- Suivi de la méthodologie de recommandations utilisée par l'EULAR.
- Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (rhumatologues hospitaliers, rhumatologues libéraux, méthodologiste, nutritionnistes, diététicienne, patients).
- Partenariat avec les sociétés savantes de nutrition ou diététiques (AFERO\*, SFN\*, AFDN\*, SFNCM\*).
- Partenariat avec les associations de patients (ANDAR\*, AFP<sup>ric</sup>\* et AFS).
- Définition du champ d'étude des recommandations (RIC étudiés : PR, spondyloarthrite, rhumatisme psoriasique; efficacité sur l'activité de la maladie, le retentissement fonctionnel et les manifestations extra-articulaires, tolérance, sélection des aliments et régimes étudiés).
- Inclusion des études randomisées et contrôlées.
- Analyses systématiques de la littérature aliment par aliment, régime par régime.
- Présentation au groupe de travail lors d'une réunion des résultats des analyses systématiques de la littérature.
- Établissement des recommandations par un système de vote avec obtention du degré d'accord du groupe de travail.
- Degré d'accord d'un comité de relecture externe de 51 autres participants.

\* Association française d'étude et de recherche sur l'obésité (AFERO); Société française de nutrition (SFN); Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN); Société francophone Nutrition clinique et métabolisme (SFNCM); Association nationale de défense contre la polyarthrite rhumatoïde (ANDAR); Association française des polyarthritiques & des rhumatismes inflammatoires chroniques (AFP<sup>ric</sup>); Association France Spondyloarthrites (AFS).

**Encadré.** Méthodologie générale des recommandations de la SFR sur la nutrition et l'alimentation des patients ayant un RIC.

alimentaires et des ajustements statistiques multiples [10]. Le **tableau I** résume les aliments susceptibles d'influencer le risque de développer une PR. Certains de ces aliments ou régimes ont été identifiés dans la cohorte française E3N (régime méditerranéen, boissons, poissons) [11-13]. Ces aliments pourraient être pris en compte dans les études interventionnelles portant sur la pré-PR. Cela étant, il ne faut certainement pas envisager qu'un aliment

**Tableau I.** Principaux aliments ou régimes associés à un sur-risque ou à un sous-risque de PR.

Sous-risque de PR	Sur-risque de PR
Régime équilibré ("healthy dietary pattern")	Régime occidental "Western diet"
Poissons	Viande
Huile d'olive	Sel
Oméga 3	Café (surtout caféiné)
Thé	Sodas sucrés
Alcool (consommation modérée)	
Vitamine D	
Légumes	
Fruits	

puisse prévenir le risque de PR mais plutôt évaluer une intervention nutritionnelle intégrée dans une approche globale (arrêt du tabac, promotion de l'activité physique, gestion du stress).

## Que retenir des principes généraux des recommandations de la SFR ?

Les principes généraux sont importants et font preuve de bon sens (**tableau II**, p. 22).

Un principe important mentionne que les mesures alimentaires ne doivent pas se substituer aux traitements de fond antirhumatismaux (DMARD). En effet, le plus souvent, les études d'intervention nutritionnelle ont un niveau de preuve faible, l'efficacité des interventions reste modeste et ne porte que sur les symptômes, sans aucun effet démontré sur la protection structurale. Il s'agit donc bien de mesures complémentaires aux traitements pharmacologiques. Un autre principe général porte sur l'appropriation de l'alimentation par les patients afin qu'ils s'investissent dans leur propre prise en charge et deviennent acteurs de leur santé. Finalement, l'objectif de cette appropriation est de favoriser le contrôle du RIC. Ainsi, utiliser ces recommandations de la SFR dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) paraît logique.

Un autre aspect abordé brièvement dans ces recommandations porte sur l'activité physique adaptée associée aux interventions nutritionnelles.

## Mots-clés

Apport alimentaire  
Nutrition  
Polyarthrite rhumatoïde  
Spondyloarthrite  
Arthrite psoriasique  
Thérapies non médicamenteuses  
Recommandations

## Highlights

» Patients with chronic inflammatory rheumatism experiment, most often on their own initiative, with various types of diet and identify certain foods that modulate their symptoms. Until recently, rheumatologists' interest in their patients' diets has been modest.

» On the basis of scientific data mostly from rheumatoid arthritis, the French Society of Rheumatology has established recommendations on the diet of patients with chronic inflammatory rheumatism.

» These recommendations highlighted the Mediterranean diet and omega-3 intake to act on rheumatic symptoms, while a warning was given on exclusion diets.

» These recommendations also highlighted the lack of methodologically sound studies or studies exploring diets currently tried by patients (gluten-free, intermittent fasting, etc.).

## Keywords

Food intake  
Nutrition  
Rheumatoid arthritis  
Spondyloarthritis  
Psoriatic arthritis  
Non-drug therapies  
Recommendations

**Tableau II.** Les recommandations de la SFR sur l'alimentation des patients ayant un RIC.

Principes généraux
Les conseils nutritionnels ne doivent pas se substituer au traitement pharmacologique des RIC.
Les conseils nutritionnels communiqués aux patients atteints de RIC doivent s'appuyer sur les données de la littérature scientifique.
L'accompagnement nutritionnel s'intègre dans la prise en charge globale du patient atteint de RIC.
Les conseils nutritionnels sont indissociables de la promotion d'une activité physique adaptée.
Les conseils nutritionnels communiqués aux patients atteints de RIC doivent prendre en compte les effets articulaires et extra-articulaires, notamment cardiométaboliques et osseux.
Aborder les pratiques alimentaires peut permettre d'aider le patient à s'impliquer activement dans la prise en charge globale de son RIC.
S'il existe d'autres recommandations nutritionnelles spécifiques à une pathologie, à une situation clinique ou à un traitement associé, celles-ci continuent de s'appliquer (ex. : dénutrition, obésité, sarcopénie, ostéoporose, etc.).
Les conseils nutritionnels doivent prendre en compte le contexte culturel et socioéconomique.
Recommandations
Chez les patients en surpoids ou obèses, l'accompagnement vers une perte de poids pourrait être proposé pour contrôler l'activité du RIC, la perte de poids ayant par ailleurs des effets bénéfiques cardiométaboliques et psychologiques.
Le régime sans gluten ne devrait pas être proposé pour le contrôle de l'activité du RIC, en l'absence de maladie coéliquae confirmée.
Le jeûne ou le régime végétalien ne devraient pas être proposés pour contrôler l'activité du RIC.
L'éviction des produits laitiers ne devrait pas être proposée dans la prise en charge des RIC.
Une supplémentation en acides gras essentiels polyinsaturés, principalement oméga 3 supérieure à 2 g/j, peut être proposée à visée symptomatique aux patients atteints de PR et probablement à ceux atteints d'autres RIC.
Une alimentation de type méditerranéen pourrait être proposée aux patients atteints de PR et probablement à ceux atteints d'autres RIC en raison de ses effets symptomatiques articulaires et surtout cardiométaboliques.
Pour le contrôle de l'activité du RIC, il n'y a pas d'indication à proposer une supplémentation vitaminique (B9, D, E, K) ou en oligoéléments (sélénium et/ou zinc).
Les données d'efficacité étant actuellement insuffisantes et hétérogènes, les probiotiques ne sont pas conseillés pour contrôler l'activité du RIC.
Certaines suppléments (safran, cannelle, ail, gingembre, sésame, concentré de grenade) pourraient avoir un effet bénéfique sur l'activité de la PR, mais les données sont actuellement trop limitées pour les proposer en pratique courante.

Dans cette perspective, des recommandations spécifiques ont été établies par l'EULAR [14].

Enfin, un patient ayant un RIC peut être sarcopénique, ostéoporotique, dénutri, goutteux, ce qui peut nécessiter une prise en charge nutritionnelle spécifique.

### Quels sont les régimes ou compléments alimentaires recommandés ?

Dans les recommandations dites "positives", on retiendra en premier lieu la perte de poids chez les patients en surpoids ou obèses. En effet, l'obésité majore les symptômes subjectifs (intensité de la douleur, nombre d'articulations douloureuses à la palpation) finalement plus que les paramètres inflammatoires objectifs (CRP ou nombre de synovites) [15]. Cela peut d'ailleurs aboutir à une surenchère médicamenteuse non souhaitable chez des patients ayant

des comorbidités et qui sera de plus peu efficace, car les patients obèses répondent aussi moins bien aux DMARD, particulièrement aux anti-TNF. L'intervention des spécialistes en nutrition et diététique pourrait permettre d'atteindre cet objectif de perte de poids, sur la durée. Il n'y a pas d'objectif de poids précis prédéfini. Le rôle du rhumatologue est certainement de peser les patients, de calculer l'indice de masse corporelle et d'aborder la question. La perte de poids apporte bien entendu aussi un effet favorable cardiovasculaire, métabolique et psychique. Le groupe de travail a insisté sur l'utilisation du terme "accompagnement vers la perte de poids" afin de modifier en profondeur les habitudes alimentaires pour obtenir une perte de poids qui se maintienne dans le temps plutôt que de réaliser un régime hypocalorique qui aura une fin, susceptible d'aboutir à un effet rebond. D'après une étude rétrospective, la chirurgie bariatrique paraît diminuer l'activité de la PR et permettre un allègement thérapeutique sur les DMARD [16], ce qui reste à confirmer.

En dehors de la perte de poids, on sait que les patients sont à la recherche d'un régime pouvant apporter un bénéfice sur leurs symptômes articulaires. La preuve scientifique nous a conduits à recommander le régime de type méditerranéen qui a montré des effets symptomatiques, c'est-à-dire sur les douleurs articulaires et la raideur articulaire matinale, principalement dans la PR [9]. Ce régime est riche en produits céréaliers complets, légumes, fruits, huile d'olive, poissons gras, légumineuses, et limite les apports en viande, blanche de préférence, et les graisses d'origine animale (figure). Le régime méditerranéen a également montré un effet bénéfique sur le risque cardiovasculaire.

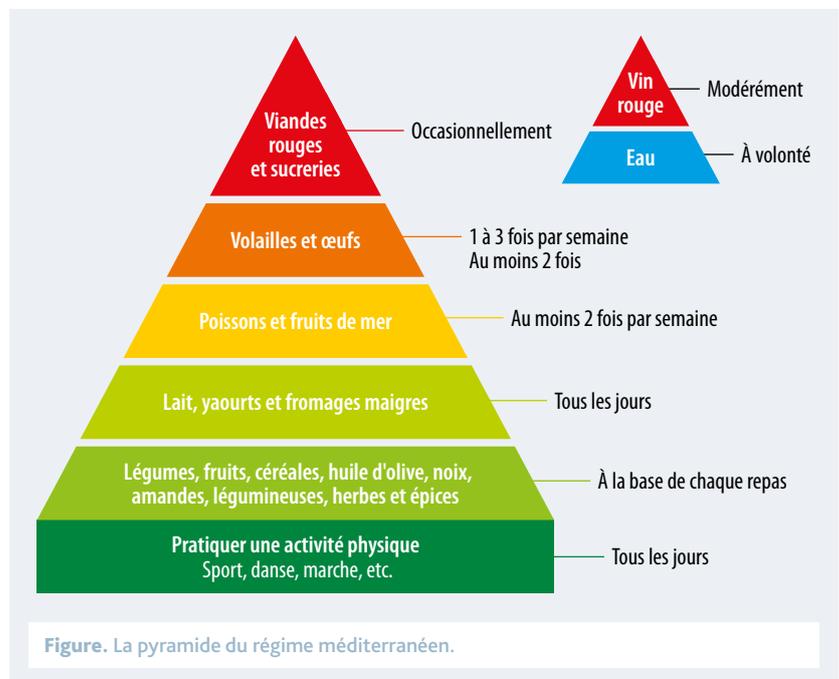
En plus du régime méditerranéen, si un patient souffrant de RIC souhaite agir naturellement, on peut lui proposer d'augmenter ses apports en oméga 3, notamment via des compléments alimentaires (mais qui augmenteront le nombre de gélules quotidiennes). L'efficacité a été montrée sur les symptômes articulaires à une posologie minimale de 2 grammes par jour d'acides gras polyinsaturés essentiels d'origine animale (oméga 3, acide eicosapentaénoïque (EPA) et acide docosahexaénoïque (DHA)). La durée à proposer est de 3 à 6 mois et la poursuite de la supplémentation sera décidée au cas par cas selon les effets obtenus. La fréquence et le nombre de cures à proposer ne sont pas fixés. Cependant, il faut noter qu'une supplémentation à fortes doses pourrait être associée à une augmentation du risque hémorragique. Il n'a en revanche pas été montré d'effet du régime méditerranéen et des acides gras polyinsaturés sur la progression structurale.

D'autres suppléments (safran, cannelle, ail, gingembre, sésame, concentré de grenade) ou des probiotiques ont donné des résultats intéressants, mais dans de petites études avec peu de patients et dans des quantités qui ne peuvent être atteintes par la seule alimentation. Ainsi, il n'y a pas assez d'arguments à ce jour pour établir des recommandations à leur sujet.

## Quels régimes n'ont pas fait leurs preuves dans les RIC ?

Les régimes d'exclusion sont très en vogue sans pour autant avoir fait la preuve de leur efficacité.

Le régime sans gluten (souvent combiné dans les études avec un régime végétalien et une période de jeûne) n'a pas démontré son efficacité dans les RIC. Certaines études suggèrent en revanche qu'il



serait associé à un sur-risque cardiovasculaire, probablement du fait du manque de fibres alimentaires. Il faut réserver ce régime aux patients souffrant d'une maladie coeliaque prouvée. Par ailleurs, les aliments sans gluten sont quelquefois ultra-transformés et plus chers, ce qui ne plaide pas en faveur de leur utilisation.

Le régime sans lactose (contenu dans les laitages) n'a fait l'objet d'aucune étude clinique, mais il peut provoquer une carence en calcium.

Enfin, le jeûne a montré un certain bénéfice dans des études très anciennes comptant peu de patients et avec une méthodologie fragile. Il s'agissait d'un jeûne strict de 7 à 10 jours avec un effet suspensif, c'est-à-dire une rechute 48 h après la reprise de l'alimentation. Les données ne manquent pas pour illustrer l'action anti-inflammatoire du jeûne. Il faut noter que le jeûne intermittent, très en vogue actuellement, n'a pas fait l'objet d'études dans les RIC. Il est nécessaire de mettre en garde les patients vis-à-vis du jeûne strict qui peut déstabiliser certaines comorbidités. Le régime végétalien n'a pas non plus montré d'efficacité. En pratique, le rôle du rhumatologue est d'informer les patients et de ne pas leur recommander ce type de régimes d'exclusion, mais il faut rester à l'écoute des patients qui suivent ce type de régimes, les accompagner, éventuellement apporter une supplémentation en vitamines et/ou calcium et leur conseiller un suivi par un diététicien ou un nutritionniste.

D'autres régimes plus complexes, très présents sur les réseaux sociaux, tels que le régime Seignalet ou le régime Kousmine, ne sont pas recommandés, car nous n'avons aucune preuve de leur efficacité et aucune publication scientifique étayant leur utilisation.

Pour finir, une des difficultés a été le manque de données de qualité pour certains régimes et le fait que les régimes tels qu'ils sont pratiqués actuellement sont éloignés de ceux réalisés dans les études datant d'il y a 20 ou 30 ans. Ainsi, quelquefois leur "non-recommandation" est plus liée au manque de données qu'à des études négatives. Il faut donc poursuivre nos efforts pour mener des études méthodologiquement solides évaluant les interventions alimentaires au cours des RIC !

## Quelles recherches faut-il mener pour améliorer nos connaissances sur le domaine ?

Il faut certainement approfondir les liens entre microbiote et RIC à la lumière de la nutrition, l'objectif étant de modifier favorablement le microbiote intestinal pour mieux contrôler le RIC, ce qui passe par l'alimentation et éventuellement les pré- ou probiotiques. Mais tout reste à faire dans ce

domaine. Les études actuelles ne montrent d'ailleurs pas d'efficacité des probiotiques traditionnels. Les régimes actuellement plébiscités par le grand public sont le jeûne intermittent (et non pas le jeûne strict sur de courtes périodes), le régime sans gluten (et non pas un régime sans gluten combiné à d'autres restrictions). Il est nécessaire de mener des études sur ce type de régimes : un essai randomisé contrôlé sur le régime sans gluten est actuellement en cours en France dans la SpA axiale [17]. De même, les fibres alimentaires pourraient être étudiées. Enfin, il faut envisager les interventions nutritionnelles dans la population de pré-PR au sein d'une intervention plus globale sur le mode de vie. ■

J. Sellam déclare avoir des liens d'intérêts avec :

- interventions ponctuelles (expertises, conseils, symposiums, études cliniques, formations) : Roche, Chugai, Pfizer, BMS, MSD, Biogen, AbbVie, Sandoz, Janssen, Novartis, Fresenius Kabi, Sanofi ;
- liens d'intérêts indirects (subventions de recherche) : Pfizer, MSD, Schwa Medico.

C. Daien déclare avoir des liens d'intérêts avec :

- interventions ponctuelles (expertises, conseils, symposiums, études cliniques, formations) : AbbVie, Abivax, BMS, Fresenius Kabi, Novartis, Pfizer, Sandoz, Sanofi, Roche Chugai, UCB ;
- soutien à la recherche et congrès : AbbVie, Amgen, BMS, MSD, Pfizer, Roche, Sanofi, UCB.

## Références bibliographiques

1. Daien C et al. Update of French society for rheumatology recommendations for managing rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2019;86:135-50.
2. Wendling D et al. 2022 French Society for Rheumatology (SFR) recommendations on the everyday management of patients with spondyloarthritis, including psoriatic arthritis. *Joint Bone Spine* 2022;89:10534.
3. Tedeschi SK et al. Diet and rheumatoid arthritis symptoms: survey results from a rheumatoid arthritis registry. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2017;69:1920-5.
4. Renard D et al. Pratiques et croyances alimentaires des patients atteints de maladies rhumatismales et relation avec les symptômes : résultats d'une étude transversale multicentrique. *Revue du Rhumatisme* 2022;89 (Suppl 1):A81-A82.
5. Daien C et al. Dietary recommendations of the French Society for Rheumatology for patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. *Joint Bone Spine* 2022;89:105319.
6. Sanchez P et al. Efficacy of probiotics in rheumatoid arthritis and spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrients* 2022;14:354.
7. Nguyen Y et al. Efficacy of oral vitamin supplementation in inflammatory rheumatic disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrients* 2020;13:107.
8. Letarouilly JG et al. Efficacy of spice supplementation in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Nutrients* 2020;12:3800.
9. Sigaux J et al. Impact of type and dose of oral polyunsaturated fatty acid supplementation on disease activity in inflammatory rheumatic diseases: a systematic literature review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2022;24:100.
10. Bäcklund R et al. Diet and the risk of rheumatoid arthritis - A systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum* 2023;58:152118.
11. Nguyen Y et al. Mediterranean diet and risk of rheumatoid arthritis: findings from the French E3N-EPIC cohort study. *Arthritis Rheumatol* 2021;73:69-77.
12. Nguyen Y et al. Fish consumption and risk of rheumatoid arthritis: findings from the E3N Cohort Study. *Nutrients* 2022;14:861.
13. Ascione S et al. Association between beverage consumption and risk of rheumatoid arthritis: a prospective study from the French E3N Cohort. *Rheumatology (Oxford)* 2022;62:1814-23.
14. Rausch Osthoff AK et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2018;77:1251-60.
15. Daien CI, Sellam J. Obesity and inflammatory arthritis: impact on occurrence, disease characteristics and therapeutic response. *RMD Open* 2015;1:e000012.
16. Sparks JA et al. Impact of bariatric surgery on patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2015;67:1619-26.
17. Couderc M et al. GlutenSpA trial: protocol for a randomised double-blind placebo-controlled trial of the impact of a gluten-free diet on quality of life in patients with axial spondyloarthritis. *BMJ Open* 2020;10(11):e038715.