

TRAITEMENT DES DIVERTICULOSES COLIQUES PAR UNE POUDRE DE SON

Lods J.C. : Revue Française de gastro-entérologie
N°145, janv. 1979

Caractéristiques des patients

45 patients de 62 à 81 ans, porteurs de diverticuloses coliques mal tolérées : troubles du transit, météorisme abdominal associé ou non à des douleurs.

Traitement

2 à 6 g de Doses-O-Son par jour en 2 prises (1 à 3 sachets par jour).

Evaluation des résultats

Excellents : disparition des symptômes et arrêt de tout traitement.

Très Bons : disparition des symptômes, qui peuvent reprendre de façon passagère et mineure.

Bons : diminution de l'intensité des symptômes et allègement des thérapeutiques antérieures.

Après 2 mois : 28 patients (62%) présentent d'excellents résultats.

Après 4 mois : 43 patients (96 %) ne présentent plus de symptômes et ont pu arrêter tout autre traitement. 2 patients ont gardé des troubles du transit, mais n'ont plus de météorisme ni de douleur.

Conclusion

Doses-O-Son permet le traitement simple des constipations et des météorismes abdominaux, et présente un intérêt dans les diverticuloses coliques.

TRAITEMENT DES DIVERTICULOSES COLIQUES PAR UNE POUDRE DE SON (RÉALDYME*)

Etude de 45 cas

J.C. LODS**

La diverticulose colique, affection fort rare au début du siècle, est actuellement des plus fréquentes.

Le rôle favorisant d'une carence d'apport en fibres alimentaires a été récemment précisé.

Nous avons étudié l'action thérapeutique d'une poudre de son, le Réaldyme, chez 45 patients porteurs de diverticulose colique mal tolérée.

ROLE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES FIBRES ALIMENTAIRES

On connaît depuis longtemps et on redécouvre actuellement le rôle des fibres alimentaires dans le transit intestinal¹².

Les fibres alimentaires sont les constituantes macromoléculaires d'origine végétale non digérées par les sécrétions digestives comprenant des

* Société Réaldyme, 15, rue Agar, 75016 PARIS.

** Clinique médicale (Prof. P. AUDOLY) Hôpital de Cimiez, F 06031, Nice-Cedex.

polysaccharides non cellulosiques improprement appelées hémicellulose.

L'adjonction de ces fibres alimentaires au régime augmente le volume et le poids des selles en raison de la rétention d'eau secondaire au pouvoir hygroscopique des fibres non hydrolysées et en raison du pouvoir osmotique des produits de leur dégradation par les enzymes bactériennes du caecum et du colon droit⁸⁻¹⁶.

Le son, malgré une capacité d'hydratation faible, a une capacité de rétention d'eau supérieure aux autres végétaux grâce à sa teneur élevée en fibres¹.

Les fibres polysaccharidiques végétales non modifiées dans le grêle, sont dégradées dans le colon en acides gras volatiles (acide acétique, butyrique, propionique) qui exercent un effet osmotique. La digestibilité des polysaccharides non cellulosiques est plus élevée que celle de la cellulose⁸⁻¹⁶ et la lignine indigestible, exerce un effet inhibiteur sur la digestion des polysaccharides¹⁴⁻¹⁶. La rétention d'eau et l'augmentation du poids fécal sont en corrélation avec la fraction des fibres alimentaires présentes dans le caecum¹⁵.

Dans la diverticulose colique, l'importance d'une carence d'apport en fibres alimentaires digestives est certaine. La diverticulose colique est une affection qui atteint, à l'heure actuelle dans les pays de civilisation occidentale un tiers des personnes de plus de 60 ans, mais qui reste très rare en Afrique et en Asie rurale. Cette maladie était quasi inexistante en Europe et chez les Américains de race blanche il y a 70 à 80 ans.

Actuellement, la diverticulose colique existe dans la population des États Unis et chez les Américains de souche japonaise. Ce n'est donc pas un facteur ethnique, mais bien un facteur de civilisation et, en fait, l'alimentation qui favorise cette affection secondaire à l'augmentation de la pression intra-colique liée à la réduction du volume des selles secondaire à leur faible hydratation liée au régime¹⁴.

Les enquêtes nutritionnelles ont, de fait, mis en évidence que les populations africaines sans diverticulose (8 cas sur 9000 autopsies), avaient une alimentation riche en fibres et un poids de selles de deux à trois fois plus élevé

que celui observé chez les individus du monde occidental.

En pathologie, l'importance de la carence en fibres alimentaires est certaine¹⁻²⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹³⁻¹⁶.

Caractéristiques du Réaldyme

Le réaldyme est une poudre inodore, insipide, dont la teneur en fibres alimentaires est la suivante :

hémicellulose	: 26,14 %
cellulose	: 8,71 %
lignine	: 2,97 %
cutine	: 0,71 %
(cellulose brute : (9,3 %)	

Soit, au total, 38,53 % de fibres alimentaires.

L'apport calorique est de 330 kilocalories.

Les identifications enzymatiques pratiquées à l'institut national agronomique décèlent une grande richesse en β Amylase, cellulase, protéinases; peptidases, phosphorylases en phosphatases acides témoins de la disponibilité enzymatique et de nombreuses autres enzymes plus faiblement présentes. Si cette activité thérapeutique enzymatique du Réaldyme est l'argument utilisé dans l'alimentation animale, il nous est impossible de préciser son rôle thérapeutique chez l'homme. Des travaux sont en cours pour le démontrer.

Posologie et mode d'administration

Le Réaldyme fut administré :

- soit en saupoudrant les aliments des deux repas principaux à la dose de un gramme par repas, soit une cuillère à café,
- soit une cuillère à café dans un peu d'eau tiède prise deux fois par jour.

Il est apparu que le premier mode d'administration est préférable au début du traitement mais qu'ultérieurement le mode d'administration n'intervient pas dans les résultats thérapeutiques.

Si la posologie la plus fréquente est celle que nous venons de citer, elle peut-être largement

augmentée dans certaines indications, plusieurs malades recevant trois grammes, soit une cuillerée à soupe, deux fois par jour.

Résultats

Nous entendons par excellent résultat la disparition totale de tout symptôme, pas très bon résultat la disparition des symptômes qui, parfois peuvent reprendre selon un mode mineur pendant une brève durée, par bon résultat, la diminution de l'intensité des symptômes augmentant le confort du malade permettant l'allègement des thérapeutiques antérieures, résultat moyen, amélioration certaine imposant la poursuite des thérapeutiques associées antérieurement utilisées.

Dans les diverticuloses coliques, le son diminue la pression intra colique¹³. Des résultats favorables furent publiés par d'autres auteurs¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻¹³. Chez nos 45 patients âgés de 62 à 81 ans qui se plaignaient soit de troubles du transit, soit de météorisme abdominal associé ou non à des douleurs, nous eûmes 43 excellents ou très bons résultats, toute autre médication ayant pu être supprimée, le plein effet n'apparaît qu'après plusieurs semaines de traitement puisque nous obtinrent 28 excellents résultats après deux mois de traitement, 43 excellents résultats et deux bons résultats avec persistance des troubles du transit mais disparition des poussées de météorisme et des douleurs après 4 mois de traitement.

Cette nécessité d'un apport prolongé des fibres alimentaires dans le traitement des diverticuloses a déjà été souligné⁵.

Commentaires

Le Réaldyme qui est du son traité spécialement, riche en fibres alimentaires, dénué d'adjuvants, doué d'une forte activité enzymatique dont l'utilité chez l'homme reste à prouver, est des plus utiles. Dans le traitement des diverticuloses coliques l'activité thérapeutique du Réaldyme efficace à faible dose, dénué ou presque d'apport calorifique, parfaitement toléré, nous semble des plus utiles et réalise l'apport de fibres alimentaires le plus efficace à l'heure actuelle.

La durée du traitement est difficile à déterminer. Il peut-être poursuivi indéfiniment, cette affection étant secondaire à une carence d'apport en fibres alimentaires, carence compensée par le Réaldyme.

La parfaite tolérance du Réaldyme, son efficacité thérapeutique font qu'il est parfaitement accepté par les patients en cure très prolongée.

Conclusion

L'action thérapeutique du Réaldyme, poudre de son riche en fibres alimentaires et doué d'un important pouvoir enzymatique, dénué d'effets secondaires permet certes le traitement simple des constipations, des météorismes abdominaux mais dans cette étude nous avons insisté sur son intérêt dans les diverticuloses coliques.

Dans toutes ces affections le rôle de la carence d'apport en fibres alimentaires est actuellement certain mais il nous est impossible de préciser le rôle préventif vraisemblable d'un apport de fibres alimentaires vis-à-vis de la survenue des diverticuloses coliques.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUDIGIER J.C., LAMBERT R. — Comment prescrire le son chez les sujets constipés. *Gastro-entéro. Clin. Biol.* 1978 2, 77-85.
2. BRODIBB A.J.M. — Treatment of symptomatic diverticular disease with a high fibre diet. *Lancet*, 1977, 1, 664-666.
3. BRODIBB A.J.M., HUMPHREYS D.M. — Diverticular disease. Part 1 : relation to others disorders and fibre intake *Br. Med. J.*, 1976, 1, 424-425.
4. BRODIBB A.J.M., HUMPHREYS D.M. — Diverticular disease : Part II, treatment with bran. *Br. Med. J.*, 1976, 1, 425-428.

5. BRODJBB J.M. – HUMPHREY D.M. – Diverticular disease : Part III. Metabolic effects of bran in patients with diverticular disease. *Br. Med. J.*, 1976, 1, 429-432.
6. CLEAVE T.L. – Natural bran in the treatment of constipation. *Br. Med. J.*, 1941, 1, 461.
7. COSTE T., RAUTUREAU J., GOUFFIER E. – Conceptions actuelles sur les fibres diététiques. *Méd. Chir. Dig.* 1976, 1, 287-291.
8. CUMMINGS J.H. – Dietary fibre. *Gut.*, 1973, 14, 6981.
9. FREXINOS J. – Pourquoi, quand et comment utiliser les fibres alimentaires en gastro-entérologie. *La nouvelle presse médicale*, 1978, 7, 1195-1198.
10. FREXINOS J., ESCOURROU J. – Du bon usage du son de blé. *La nouvelle presse médicale*, 1977, 6, 3328-3329.
11. LAMBERT R., MINAIRE Y., AUDIGIER J.C. – Fibres alimentaire, son de blé et constipation. *Conc. Méd.*, 1977, 99, 2835-2845.
12. LEMONNIER D. – Données expérimentales récentes concernant l'intérêt diététique des fibres alimentaires. *Cah. Nutr. Diét.*, 1978, XIII, 1, 59-64.
13. PAINTER N.S., AMEIDA A.M., COLEBOURNE K.W. – Unprocessed bran in the treatment of diverticular disease of the colon. *Br. Med. J.*, 1972, 2, 137-140.
14. SOUTHGATE D.A.T., BAILEY B., COLLINSON E., WALKER A.F. – A guide to calculating intakes of dietary fibre. *J. Hum. nutr.*, 1976, 30, 303-313.
15. WEILL J.P., BAUMANN R. – Les fibres alimentaires : mythe ou réalité. *Cah. Nutr. Diét.*, 1978, XIII, 1, 47-51.
16. WILLIAMS R.D., OLMSTED W.H. – The manner in wich food controls the bulk of the feces. *Ann. Int. Med.*, 1936, 10, 717-727.

