



# Apport de la Phytothérapie, de l'Homéopathie et de la Nutrition

dans les pathologies  
inflammatoires chroniques  
de la sphère digestive

Vendredi 17 mai 2019  
Faculté de Pharmacie de Marseille

# Programme de la matinée

- 8H30 -

Accueil  
des  
participants



- 9H00 -

## Introduction et Mot de bienvenue

*Pr F. Dignat-George, Madame le Doyen de la Faculté de Pharmacie  
Dr J. Fleurentin, Pharmacien, Président de la SFE*

- 9H15 -

## Physiopathologie des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI)

*Dr M. Serrero, Gastro-entérologue, Hôpital Nord Marseille*

- 9H45 -

## Actualités dans la prise en charge thérapeutique des MICI

*Dr M. Buès-Charbit, Pharmacien, Hôpital Nord Marseille*

- 10H15 -

*Pause-café*

- 10H45 -

## Plantes et pathologies inflammatoires digestives : approche ethnopharmacologique

*Pr E. Ollivier et Dr R. Elias, Laboratoire Pharmacognosie,  
Ethnopharmacologie, Faculté Pharmacie, Marseille*

- 11H15 -

## Microbiote et MICI : le rôle de l'alimentation

*Dr P. Chavaux, Médecin généraliste, chargé de cours  
de nutrition, Faculté de Pharmacie, Marseille*

- 12H00 -

*Pause-déjeuner*

# Programme de l'après-midi

**- 14H00 -**

**Le traitement nutritionnel et phytothérapique du reflux gastro-oesophagien : une alternative facile aux IPP**

*Dr M. Cotinat, Gastro-entérologue, nutrition, Toulon*

**- 14H30 -**

**L'ulcère gastro-duodénal,  
un défi pour la phytothérapie**

*Dr J. Bassier, Médecin généraliste, Marseille*



**- 15H00 -**  
*Pause-café*

**- 15H30 -**

**Approche homéopathique dans le traitement  
des rectocolites hémorragiques**

*Dr G. Rougier, Médecin homéopathe, Aix-en-Provence*

**- 16H00 -**

**Conseil à l'officine  
en phyto-aromathérapie**

*Dr J. Fleurentin, Pharmacien, Président de la SFE, Metz*

**- 16H30 -**

**Table ronde, présidée par le Dr. F. Vicari,  
avec tous les intervenants**

**- 17H30 -**

*Conclusion  
et clôture*

## **PHYSIOPATHOLOGIE DES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN**

**Dr. Muriel Serrero**

La pathogenèse des MICI n'est pas complètement connue, mais on pense actuellement qu'elle est liée à une activation inappropriée du système immunitaire gastro-intestinal vis-à-vis du microbiote chez des sujets génétiquement susceptibles et sous l'influence de facteurs d'environnement

Ces dernières années, un certain nombre d'éléments suggèrent que des facteurs environnementaux et génétiques pourraient influencer sur la maladie via un effet sur le microbiote. D'autres facteurs ont un rôle sur la maladie de manière indépendante du microbiote, le poids relatif de la génétique et de l'environnement dans la pathogenèse variant d'un patient à l'autre. En général, plus la maladie se déclare tôt dans la vie, plus le poids des facteurs génétiques est important.

Sur le plan génétique, les études réalisées ces dernières années ont permis de mettre en évidence plus de 160 variants à risque majoritairement commun à la maladie de Crohn et à la RCH

Au cours des MICI de nombreux arguments plaident pour un rôle du microbiote intestinal dans la pathogenèse des MICI. De nombreux polymorphismes génétiques associés aux MICI sont impliqués dans la reconnaissance ou la réponse aux micro-organismes. Le microbiote des patients atteints de MICI est anormal, c'est ce que l'on appelle la dysbiose. Il est notamment observé une diminution de la diversité du microbiote chez les patients atteints de MICI. La diminution de diversité est d'autant plus importante que la maladie est active.

Les facteurs d'environnement sont probablement les plus difficiles à étudier mais de nombreux facteurs ont été associés au risque de développer une MICI.

La compréhension de l'hétérogénéité des mécanismes physiopathologiques d'un patient à l'autre permettra de stratifier les patients en sous-groupes et donc de développer une médecine personnalisée.

## ACTUALITÉS DANS LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES MICI

**Dr. Martine Buès-Charbit**

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), telles que la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, se caractérisent par des zones d'inflammation chronique de la paroi digestive. Il n'existe pas de traitement curatif de ces pathologies auto-immunes au caractère chronique et récurrent qui évoluent par poussées plus ou moins fréquentes et sévères entrecoupées de phases de rémission. La prise en charge actuelle permet le plus souvent d'éliminer les symptômes sur de longues périodes et le traitement repose en majeure partie sur l'état clinique en distinguant le traitement des poussées et la prévention des rechutes afin d'éviter le recours à la chirurgie.

Les dérivés salicylés (sulfasalazine et mésalazine) sont indiqués dans les poussées légères à modérées. Les poussées plus sévères nécessitent le recours à la corticothérapie systémique qui n'est pas un traitement préventif au long cours du fait des effets secondaires observés aux doses efficaces. Les immunosuppresseurs (azathioprine/6 mercaptopurine) et le méthotrexate constituent le traitement d'entretien en cas de corticodépendance, corticorésistance ou en prévention des rechutes après chirurgie.

La mise à disposition de l'infliximab, anti-TNF $\alpha$ , au début des années 2000 a révolutionné la prise en charge médicale des MICI. Le TNF $\alpha$  est une cytokine pro-inflammatoire produite en excès dans les MICI responsable des lésions tissulaires. Le recours rapide à un traitement immunomodulateur permet de stopper les crises et d'éviter l'apparition de lésions nouvelles. Cette stratégie vise davantage la cicatrisation et/ou une rémission clinique profonde sans corticoïdes afin d'améliorer la qualité de vie des patients. Ces vingt dernières années, de nouveaux anti-TNF $\alpha$  (adalimumab, golimumab) ont été mis sur le marché. De nouveaux anticorps dirigés contre d'autres cibles ont également été développés. Il s'agit du vedolizumab anti-intégrine  $\alpha$ 4- $\beta$ 7 qui empêche l'infiltration des lymphocytes responsables de l'inflammation dans la muqueuse intestinale et de l'ustekinumab anti-IL 12 et IL 23 qui inhibe la sous-unité p40 des interleukines impliquées dans la réponse immunitaire.

Tous les anticorps monoclonaux sont immunogènes et présentent des limites avec le plus généralement une résistance au traitement conduisant à un échec thérapeutique à long terme voire une intolérance. La combothérapie (association d'anti-TNF $\alpha$  et d'immunosuppresseur) est une possibilité pour prévenir la formation d'anticorps, néanmoins cela peut favoriser les infections opportunistes et accroître le risque de cancers. Par ailleurs, l'utilisation au long cours des biothérapies nécessitent une administration parentérale contraignante chez les patients et ces traitements restent coûteux malgré la mise sur le marché de biosimilaires.

Pour toutes ces raisons, la recherche s'oriente vers le développement de traitements non immunogènes administrés par voie orale. De nouvelles petites molécules orales telles que les anti-JAK (inhibiteurs de Janus kinases) type tofacitinib et filgotinib semblent avoir un profil d'efficacité similaire à celui des biothérapies. Les modulateurs des récepteurs de S1P-1 et S1P-5 (sphingosines-1-phosphate) type ozanimod sont également des molécules prometteuses à l'étude en phase 3. Enfin, l'arsenal thérapeutique évolue vers des techniques ciblées de thérapie cellulaire et de transplantation du microbiote fécal.

## PLANTES ET PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES DIGESTIVES : APPROCHE ETHNOPHARMACOLOGIQUE

Pr. Evelyne Ollivier - Dr. Riad Elias

L'ethnopharmacologie est une science pluridisciplinaire qui regroupe des sciences de l'homme et des sciences de la nature. Elle s'appuie sur la connaissance et la pratique des médecines traditionnelles et permet de valider par des méthodes scientifiques l'usage traditionnel des plantes en adoptant une démarche bien codifiée.

Dans le cadre de cette journée, nous présenterons une sélection de plantes d'usage traditionnel qui ont un intérêt dans les pathologies inflammatoires chroniques de la sphère digestive. Les pathologies qui seront abordées seront le reflux gastro-oesophagien (RGO), l'ulcère gastro-duodéal et les maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) comprenant la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.

Pour chacune de ces pathologies, une sélection de plantes médicinales d'usage millénaire, issues de différentes pharmacopées, sera présentée. Par ailleurs, trois plantes, la réglisse (*Glycyrrhiza glabra* L.), le curcuma (*Curcuma longa* L.) et l'encens indien (*Boswellia serrata* Roxb.) seront développées selon une approche ethnopharmacologique en allant de la tradition à leur utilisation actuelle. Des études pharmacologiques et cliniques portant sur divers extraits et des métabolites isolés à partir de ces trois plantes seront présentées et discutées. L'accent sera mis sur l'intérêt des « totum » contenant différentes classes chimiques agissant de manière synergique ou complémentaire.

## MICROBIOTE ET MICI : LE RÔLE DE L'ALIMENTATION

**Dr. Patrick Chavaux**

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) n'ont cessé d'augmenter ces dernières décennies, notamment sous deux formes : la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique (RCH ou colite ulcéreuse). Les MICI impliquent des facteurs génétiques, auto-immuns et environnementaux. Ces facteurs jouent un rôle sur l'homéostasie intestinale, qui est un équilibre entre le microbiote, le système immunitaire et l'intégrité des cellules épithéliales. Un dérèglement de cette homéostasie induit une destruction de la barrière épithéliale et une inflammation de la muqueuse de l'intestin, causant les symptômes de la maladie.

Le microbiote a une grande influence sur la maturation du tube digestif, en particulier sur l'épaisseur de la muqueuse intestinale, la taille des villosités, la production de mucus, la vascularisation épithéliale et l'activité enzymatique de la muqueuse. Il va avoir également un rôle d'éducateur de notre système immunitaire. Diverses études ont montré que chaque espèce de microbiote peut induire des types très différents de cellules immunitaires (p. ex. cellules Th17, cellules T régulatrices Foxp3(+)) et de réponses, ce qui suggère que la composition du microbiote peut avoir une influence importante sur la réponse immunitaire.

La bonne santé de ce microbiote dépend en grande partie du mode d'alimentation : il devra apporter assez de prébiotiques (fibres, polyphénols,...), il faudra éviter les antibiothérapies, mastiquer suffisamment, ne pas manger en trop grande quantité, éviter les excès de sucre et de viande, éviter les pesticides (intérêt du Bio), manger beaucoup de poisson gras. De même, lorsqu'un état inflammatoire est présent on aura intérêt à réduire les apports de graisses laitières et à augmenter les apports en trigycérides à chaîne moyenne. Enfin l'utilisation de resvératrol, de curcuma et de caroténoïdes à visée thérapeutique semble particulièrement intéressante.

## **LE TRAITEMENT NUTRITIONNEL ET PHYTOTHÉRAPIQUE DU REFLUX GASTRO- OESOPHAGIEN : UNE ALTERNATIVE FACILE AUX IPP**

**Dr. Martine Cotinat**

Le reflux gastro-œsophagien est une pathologie extrêmement fréquente dans la population, elle affecte la qualité de vie et incite beaucoup de patients à l'automédication. Elle est le modèle même d'une pathologie le plus souvent bénigne, mais dont l'évolution chronique peut favoriser à long terme des complications à type d'ulcérations voire même de cancer.

La thérapeutique actuelle fait appel le plus souvent aux IPP, en vente libre en pharmacie. Or les dernières études scientifiques démontrent l'impact négatif de ce type de traitement sur le microbiote à l'étage œsophagien, gastrique et intestinal. Le microbiote est au cœur de toutes les pathologies digestives et extradiigestives. La recommandation de ne pas abuser de ce type de traitement sur du long terme paraît une évidence.

Un petit tour dans la littérature scientifique permet de comprendre que le reflux est loin d'être un problème mécanique d'incompétence du sphincter inférieur de l'œsophage. En effet, hyperperméabilité muqueuse, inflammation, stress oxydant, dysbiose... s'intriquent tout en affaiblissant la résistance muqueuse.

Le traitement nutritionnel du reflux est mal connu et pourtant si efficace ; en quelques jours l'amélioration est déjà notable ! L'apport de la phytothérapie est irremplaçable. Elle soulage les patients très efficacement et rapidement, notamment lors du début du changement nutritionnel, pour remplacer les traitements conventionnels, en cas de récurrences favorisées par le stress et des modifications alimentaires inéluctables lors de certains moments de vie.

La nutrition adaptée guidée par le thérapeute implique le patient dans une démarche responsable. Pour l'aider à maintenir ce changement nutritionnel sur du long terme, l'alimentation devra être encore plus savoureuse qu'avant mais également permissive pour préserver sa vie sociale.

Le grand cadeau du traitement nutritionnel anti reflux c'est de voir disparaître, en plus du reflux, ses douleurs articulaires, son excès de poids, les manifestations désagréables de son intestin irritable.... Car ce traitement s'inscrit dans une approche holistique.

## L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL, UN DÉFI POUR LA PHYTOTHÉRAPIE

**Dr. Jacques Bassier**

Au cours d'une vie, une personne sur dix développera un ulcère gastro-duodéal.

La perte de substance de la paroi gastrique ou duodénale atteignant en profondeur la musculature, résulte du déséquilibre entre les facteurs agressifs de la sécrétion gastrique (HCl, pepsine) et les facteurs de protection de la barrière muqueuse (mucus, bicarbonates et phospholipides, prostaglandines et débit sanguin).

Les deux causes principales de ce déséquilibre sont la présence dans l'estomac d'un bacille Gram-, *Helicobacter pylori*, et/ou l'administration d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou d'aspirine.

Face au vieillissement de la population et à l'utilisation fréquente d'AINS et d'aspirine, face à l'éradication de l'*Helicobacter pylori* rendue de plus en plus difficile par l'émergence de résistance bactérienne (clarithromycine, métronidazole) et face à l'utilisation prolongée d'un traitement anti-sécrétoire (IPP) qui peut s'avérer délétère pour la santé, la médecine doit relever un nouveau défi.

C'est dans ce contexte que la phytothérapie doit passer d'un usage traditionnel à une médecine fondée sur la preuve en s'appuyant sur des études cliniques, et relever ainsi le défi qui nous est proposé : trouver des alternatives ou des compléments à la prise en charge conventionnelle.

## **APPROCHE HOMÉOPATHIQUE DANS LE TRAITEMENT DES RECTOCOLITES HÉMORRAGIQUES (RCH)**

**Dr. Guy Rougier**

Par cette communication, l'auteur indique que l'homéopathie, par sa grille sémiologique spécifique, peut être une solution thérapeutique complémentaire à cette pathologie « de cause inconnue » qu'est la RCH.

C'est en travaillant sur les facteurs déclenchant d'origine émotionnelle qui sont retrouvés très fréquemment au départ du développement d'une rectocolite hémorragique, que la thérapeutique homéopathique va permettre d'induire un nouvel équilibre chez le patient. Le thérapeute pourra utiliser un panel de médicaments homéopathiques correspondant aux modalités de la crise aiguë de rectocolite, associés ou non à une thérapeutique classique.

Mais c'est la spécificité des remèdes homéopathiques correspondant au mode réactionnel du patient suite à un événement émotionnel important, qui va induire par leurs prescriptions une nouvelle homéostasie.

Les crises vont pouvoir s'espacer et le patient observer des états de rémission de plus en plus long.

Par quelques cas cliniques, l'auteur va montrer que l'abord homéopathique de patients porteurs de RCH s'inscrit dans les recommandations et objectifs de la HAS :

- ☛ Traiter les poussées et prévenir les rechutes
- ☛ Prévenir, détecter et traiter précocement les complications de l'histoire naturelle de la maladie et des traitements
- ☛ Assurer la prise en charge psychologique
- ☛ Contribuer à l'éducation du patient et le cas échéant de ses proches
- ☛ Améliorer la qualité de vie.

## **PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES DE LA SPHÈRE DIGESTIVE CONSEIL À L'OFFICINE**

**Dr. Jacques Fleurentin**

Les conseils à l'officine concernent essentiellement les problèmes liés au reflux oesophagien, aux gastrites et à l'ulcère gastro-duodéal.

Nous disposons en pharmacologie préclinique d'un certain nombre de tests permettant de montrer une action anti-ulcéreuse et anti-inflammatoire.

Pour le reflux, nous proposerons des plantes comme l'orme rouge, l'ambaville ou le petit galanga et pour l'ulcère ou les gastrites du réglisse ou de la camomille allemande.

Contre les douleurs abdominales, quand elles sont liées au syndrome du colon irritable, nous conseillons de nombreuses plantes antispasmodiques comme l'angélique, le fenouil ou la menthe ainsi que des huiles essentielles.

Dans les rectocolites hémorragiques et la maladie de Crohn, le boswellia s'avère une plante efficace.

## LES FRAIS D'INSCRIPTION

Les frais d'inscription comprennent l'accès aux interventions, aux stands, les pauses-café et le buffet déjeuner sur place

	Membre SFE	Non membre
Etudiant (- de 30 ans)	45 euros	45 euros
Particulier	90 euros	110 euros
Société / Institution	130 euros	175 euros

## LE PUBLIC CIBLE

Le colloque s'adresse aux métiers de la santé (médecin, pharmacien, infirmier,...) et aux étudiants en médecine et en pharmacie

## LA RESTAURATION

Un déjeuner sous forme de buffet pris sur place **est compris dans l'inscription**. Pendant cette pause, l'ensemble des participants auront accès aux stands

## LE LIEU DU COLLOQUE

Aix-Marseille Université (AMU)  
Faculté de Pharmacie, 27 boulevard Jean Moulin - 13385 Marseille

## LES RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Société Française d'Ethnopharmacologie  
1 rue des Récollets - 57000 Metz  
03 87 74 88 89 / sfe-see@sfr.fr / www.ethnopharmacologia.org

Les informations utiles, diverses solutions d'hébergements et **inscriptions en ligne avec paiement sécurisé sur [www.ethnopharmacologia.org](http://www.ethnopharmacologia.org)**