

Prise en charge nutritionnelle du syndrome métabolique

à partir de cas cliniques.

Pour quoi et comment ?

Docteur Jean Michel Lecerf

Service de Nutrition – Institut Pasteur de Lille

Service de Médecine Interne – CHRU de Lille

Pour bien traiter le syndrome métabolique il faut en comprendre la physiopathologie. De celle-ci découle l'importance des conseils nutritionnels. Ceux-ci doivent être bien sûr individualisés en fonction du patient, mais les principes généraux doivent guider le médecin et la diététicienne, une des erreurs majeures étant représentée par la réduction majoritaire de l'apport lipidique.

Le syndrome métabolique est une affection polygénique très fréquente caractérisée par une augmentation de l'adiposité viscérale. Celle-ci conduit à un afflux, par voie porte, d'acides gras libres au niveau hépatique, induisant une stéatose hépatique, une élévation des triglycérides circulants, d'où découlent une diminution des HDL et une production de LDL petites et denses, ainsi qu'une élévation de la glycémie par stimulation de la néoglucogenèse. Le tissu adipeux induit également une production d'angiotensinogène facteur d'hypertension. Enfin ces perturbations sont associées à une inflammation bas-grade, à une insulino-résistance et à un stress oxydatif.

Selon les cas le patient peut donc être diabétique, hypertendu, dyslipidémique mais ceci s'inscrit dans un tableau uniciste.

Sur le plan thérapeutique et donc nutritionnel le premier objectif est d'obtenir une perte de poids modérée (-5 à -10%) mais durable. Celle-ci passe par une réduction de l'apport énergétique total et un accroissement de l'activité physique.

Le second élément est représenté par la réduction prioritaire des glucides car un apport élevé stimule la synthèse endogène hépatique d'acide gras palmitique, qui s'incorpore dans les triglycérides des VLDL et aggrave le risque vasculaire de ces patients.

Le troisième concerne la qualité des glucides : il faut privilégier les aliments ayant un index glycémique (IG) bas, mais limiter aussi la charge glycémique. Et, bien qu'il ait un IG bas le fructose doit être apporté en très faible quantité (<10g/j).

Le quatrième objectif concerne l'apport lipidique. Celui-ci peut être en valeur relative de 35 à 40% de l'apport énergétique total (AET), mais il sera réduit en valeur absolue du fait de la réduction de l'apport énergétique. Les acides gras saturés ne doivent pas être réduits de façon unilatérale, il faut simplement en éviter l'excès (>12% de l'AET) ; il ne faut pas que l'apport en acides gras polyinsaturés oméga 6 soit trop élevé et il doit donc se situer à 4 – 5% de l'AET. L'apport en acides gras oméga 3 à longue chaîne (poisson) a un effet favorable sur le profil lipidique et le risque vasculaire. La matière grasse laitière semble jouer un rôle favorable dans le syndrome métabolique, ainsi que d'autres composés des produits laitiers (calcium, peptides fonctionnels, protéines, probiotiques...).

Enfin le reste de l'environnement nutritionnel est le cinquième point

Pour lutter contre le stress oxydatif on veillera à des apports suffisants en aliments riches en polyphénols et en nutriments à effet antioxydant, excepté les boissons alcoolisées, en adoptant un style méditerranéen. Les composés de Maillard doivent être limités. Des données sont en faveur d'un rôle du microbiote intestinal dans la composante inflammatoire, celui-ci pourrait être modulé par pré et probiotiques.

Des cas cliniques concrets seront présentés, illustrés et commentés.