

Klaus Bally^a, Edouard Battegay^b

Que devraient manger les patients à risque cardiovasculaire?

Recommandations nutritionnelles dans la pratique du médecin de famille

Depuis longtemps nous savons que la modification du style de vie, et plus particulièrement celle de l'alimentation, représente une prophylaxie primaire et secondaire non négligeable de l'artériosclérose. Le conseil en matière d'équilibre nutritionnel dispensé aux personnes à haut risque cardiovasculaire fait partie des compétences centrales du médecin de famille. Dans le contexte des résultats de recherche récents, cette activité de conseil devient-elle plus difficile?

Conseil diététique «traditionnel» dans la pratique du médecin de famille

«Consommez moins de graisses, pas de viande de porc, moins de beurre et de crème, évitez les sucreries entre les repas et sachez que le jaune d'œuf contient beaucoup de cholestérol» – c'est ainsi, il n'y a pas si longtemps, que pouvaient se résumer en bref les conseils diététiques dispensés aux patients à haut risque cardiovasculaire au cabinet du médecin de famille. Quels en ont été les résultats?

Une étude de l'Institut universitaire de médecine générale de Bâle [1], analysant les dossiers de 1000 personnes ayant consulté pour un problème cardiovasculaire dans 20 cabinets médicaux de Suisse du Nord Ouest, a montré qu'il est rare qu'un patient ne reçoive pas de conseil nutritionnel de son médecin de famille. Parmi ces 1000 dossiers, 866 comportèrent suffisamment de données pour effectuer une stratification des risques. Sur les 866 patients retenus, 480 présentaient une indication de traitement hypolipémiant (régime alimentaire ou statinothérapie) en raison du risque cardiovasculaire individuel. De ces 480 personnes, seules 18 (3,7%) ne reçurent pas de conseil diététique de leur médecin de famille; par contre, sur 315 personnes à indication de statinothérapie, 143 (45%) ne reçurent pas de statines.

Bien que l'analyse de l'effet du traitement initié ne faisait pas véritablement partie des objectifs de cette étude, les données à disposition dans un grand nombre de dossiers ont permis de tirer quelques conclusions sur l'ampleur de l'abaissement du taux de cholestérol total:

Parmi 91 sujets n'ayant reçu qu'un conseil nutritionnel, on a relevé chez...

- 42 (46%) patients, une baisse du taux de cholestérol de moins de 0,5 mmol/l;
- 28 (31%) patients, une baisse du taux de cholestérol de 0,5 à 1 mmol/l;
- 21 (23%) patients, une baisse du taux de cholestérol de plus de 1 mmol/l.

Parmi 130 sujets ayant reçu un conseil nutritionnel et un traitement par statine, on a relevé chez ...

- 16 (12%) patients, une baisse du taux de cholestérol de moins de 0,5 mmol/l;

- 18 (14%) patients, une baisse du taux de cholestérol de 0,5 à 1 mmol/l;
- 96 (74%) patients, une baisse du taux de cholestérol de plus de 1 mmol/l.

Ainsi le conseil nutritionnel dispensé par le médecin de famille était-il couronné de succès, du moins en ce qui concerne son effet sur l'abaissement du taux de cholestérol total. Toutefois, comme il fallait s'y attendre, cette efficacité n'a pas atteint celle du traitement médicamenteux.

Découvertes récentes en matière de conseil nutritionnel dans la pratique du médecin de famille

Quelles sont les récentes découvertes dont il faudrait tenir compte dans une remise à jour du conseil nutritionnel?

- Il est probable que les recommandations de réduction du taux de lipides et de cholestérol dans l'alimentation, prises isolément, aient seulement un effet modeste sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires [2];
- Il n'y a pas de corrélation entre la quantité d'œufs consommés et l'incidence d'infarctus du myocarde ou d'ictus cérébraux [3];
- Les acides gras mono-insaturés exercent un effet positif sur plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire (régime méditerranéen);
- Lors de la consommation d'acides gras poly-insaturés, il faut prêter attention à l'équilibre du rapport entre les acides gras oméga 6 et oméga 3, qui devrait de situer vers 5:1;
- Les acides gras trans exercent un effet néfaste sur les risques cardiovasculaires;
- Et pour terminer, le rapport existant entre le taux sérique de cholestérol total, plus particulièrement celui du cholestérol LDL, et le risque cardiovasculaire demeure indiscutable. C'est pourquoi les recommandations nutritionnelles en vue d'un abaissement des valeurs lipidiques sériques se justifient toujours, d'autant plus que les patients en reconnaissent volontiers le bien-fondé.

Recommandations pratiques du médecin de famille aux patients à risque cardiovasculaire

La nutrition recommandée en vue de la prévention primaire et secondaire des cardiopathies coronariennes/de l'athérosclérose correspond, sur le plan quantitatif, aux besoins en énergie (pour le calcul, voir www.sge-ssn.ch/fr), et sur le plan de la composition, aux recommandations générales en matière nutritionnelle, telles qu'elles figurent dans la pyramide des aliments (fig. 1). L'alimentation recommandée ici, variée et équilibrée, exerce un effet préventif sur d'autres maladies également: par exemple sur le diabète de type 2, l'ostéoporose et le cancer. Elle est adaptée à des personnes âgées de 19 à 65 ans, dont le niveau d'activité physique est faible. Elle n'est pas prévue pour certains groupes de personnes, tels que les enfants, les femmes enceintes, les végétariens et les sportifs de haute performance. Point important: l'entretien du poids corporel normal d'une personne demande également de l'exercice physique, à raison d'au moins une demi-heure par jour.

^a Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel

^b Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich

Chez les patients à risque cardiovasculaire, il faut spécialement prêter attention aux éléments suivants:

- consommer les graisses animales (viande et produits laitiers) avec modération;
- éviter les acides gras trans de production alimentaire industrielle (chips, popcorn, confiserie);
- consommer régulièrement des fruits, des légumes et des fruits oléagineux;
- veiller à prendre une nourriture riche en fibres;
- veiller à consommer des acides gras oméga 3 (huile de colza et de soja; poissons d'eau froide; éventuellement capsules à base d'huile de poisson ou d'algues);
- ne consommer qu'une seule (femmes) ou que deux (hommes) boissons standard alcoolisées par jour au maximum.

En outre les recommandations suivantes prévalent dans les cas spéciaux suivants: en cas d'hypertension, réduire le poids corporel et l'apport de sel (<6 g de sodium par jour); en cas de diabète de type 2, donner la préférence à des aliments dont l'index glycémique est bas (fig. 2) et ne pas consommer plus de 10% des calories sous forme de saccharose (par exemple, pas plus de 50 g de sucre ajouté lors d'un besoin calorique de 2000 kcal); dans les cas d'hypercholestérolémie, donner les mêmes recommandations que lors de l'hypertension et du diabète, en insistant sur l'abaissement du poids corporel ainsi que sur le remplacement des acides gras saturés par des acides gras mono et polyinsaturés (huile d'olive et huile de colza). L'apport quotidien de deux grammes de phytostérol sous forme de margarine permet d'abaisser le taux de cholestérol total et de cholestérol LDL de jusqu'à 10% [4]. A l'heure actuelle, il n'y a cependant pas d'études de morbidité et de mortalité confirmant l'utilité du phytostérol dans la prévention de l'artériosclérose.

Ce qui est véritablement décisif dans la réduction de l'ensemble des risques cardiovasculaires – en plus de la motivation au mouvement (entraînement physique 3 à 5 fois par semaine: jogging, marche rapide, vélo, natation) – c'est le traitement du surpoids:

- la réduction du bilan calorique de 500 kcal par jour, resp. de 3500 kcal par semaine, entraîne une réduction de poids de 0,5 kg par semaine (un peu davantage au début en raison de la perte en eau);
- le changement alimentaire doit se faire à long terme; les régimes minute ne fonctionnent pas;
- la meilleure efficacité s'atteint par la combinaison du traitement nutritionnel, du traitement comportemental et de l'activité physique.

Traitement nutritionnel

Principe fondamental: ce que l'on mange n'a pas d'importance, pour autant que l'on consomme moins de calories (évidemment, ce principe ne s'applique pas aux extrêmes):

- trois repas réguliers par jour;

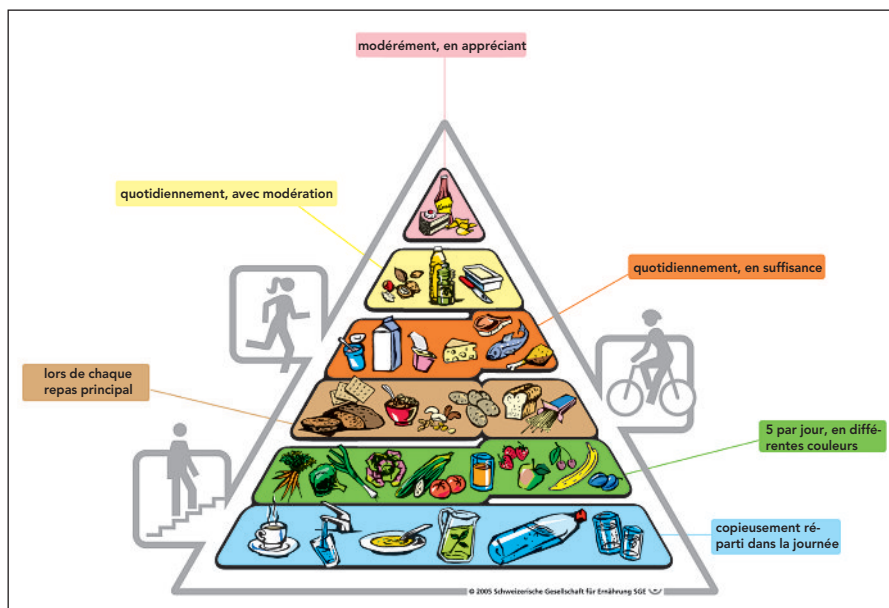


Figure 1
Pyramide alimentaire (Source: Société Suisse de Nutrition, 2004).

Aliments dont l'index glycémique est élevé (>85)	Aliments dont l'index glycémique est moyen (de 60 à 85)	Aliments dont l'index glycémique est bas (<60)
pain, pain blanc et pain complet	bananes	pommes
cornflakes	haricots secs cuits	haricots
glucose	farine d'avoine	dattes
miel	produits à base de maïs	crèmes glacées
sucre candi	pâtes	petits pois
carottes	jus d'orange	figues
pommes de terre	riz	fructose
pain croustillant	raisins	yogourt
sucre de canne	produits à base de céréales	cerises
raisins secs	complètes	lentilles
sirop	pain de seigle complet	lait
boissons pour sportifs contenant des oligosaccharides		pêches
limonades sucrées		prunes
boissons sucrées pour sportifs		soupe aux tomates

Figure 2
Aliments comportant un index glycémique élevé, moyen ou bas.

- des portions plus petites que d'habitude, ne pas se resservir, pas de grignotage entre les repas;
- donner la préférence à des aliments peu denses en énergie: salades, fruits, légumes, produits laitiers à faible taux lipidique tels que lait, yoghourt, etc.;
- éviter resp. réduire la consommation d'aliments denses en énergie et de ce fait souvent riches en lipides: gâteaux, biscuits, fromage, chocolat, noix, chips, viande rouge, peau de volaille et toutes les fritures.

Comme les patients se montrent en général très intéressés à contribuer à leur propre santé, le conseil nutritionnel du médecin de famille devrait trouver la place qui lui revient, malgré la présence sur le marché de statines toujours plus efficaces et d'une grande variété d'hypotenseurs et d'antidiabétiques. Il faut se réjouir également des efforts en vue du transfert d'une tâche aussi importante que le conseil nutritionnel vers les assistantes médicales: en effet elles disposent d'une excellente formation leur fournissant souvent des compétences élevées, et elles ont acquis la capacité d'empathie envers la situation et la vie du patient.

Références

- 1 Bally K, Martina B, Halter U, Isler R, Tschudi P. Practice barriers to guideline-recommended cholesterol management. *Swiss Med Wkly.* 2010;140: e-pub ahead of print January 2010.
- 2 Imoberdorf R, Rühl M, Ballmer PE. Aktuelle Ernährungsrichtlinien zur Herz-Kreislauf-Prävention. *Schweiz Zeitschr Ernährungsmedizin.* 2007;1:4–12.
- 3 Djoussé L, Gaziano JM. Egg consumption in relation to cardiovascular disease and mortality: the Physicians' Health Study. *Am J Clin Nutr.* 2008;87: 964–9.
- 4 Demonty I, Ras RT, van der Knaap H, Duchateau G, Meijer L, Zock PL. Continuous Dose-Response Relationship of the LDL-Cholesterol-Lowering Effect of Phytosterol Intake. *J Nutr.* 2008;(139):1–14.
- 5 Grüniger U, Hösl R, Neuner S, Schmid M. Coaching santé: un programme pour la promotion de la santé et la prévention au cabinet du médecin de famille, élaboré par le Collège de médecine de premier recours (CMPR). *Bulletin des médecins suisses.* 2009;90(45):1729–32.

Correspondance:

Dr Klaus Bally
 Facharzt FMH Allgemeine Medizin
 Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel IHAMB
 St. Johanns-Parkweg 2
 4056 Basel
 klaus.bally@unibas.ch

Commentaire: conseil nutritionnel «plus»!

Autant les conseils nutritionnels peuvent-ils être fondés sur une base scientifique, autant rencontrent-ils de complications et de résistance à l'application. Autrement dit, réussissez-vous à vous nourrir conformément aux exigences requises pour un bon fonctionnement de la circulation, du système osseux, des reins, des muscles et du cerveau – tout en mangeant avec plaisir? Il est d'autant plus remarquable de voir l'auteur mettre l'accent sur les derniers résultats scientifiques en matière de conseil nutritionnel avec précision, jugement et esprit pratique. En somme, le problème de la majorité des patients réside dans le bilan énergétique positif et la sédentarité, deux facteurs sur lesquels patients et conseillers peuvent exercer ensemble une influence efficace. Il est important aussi de signaler que les améliorations

qu'apporte une alimentation optimisée sont limitées, comme par exemple dans le cas du métabolisme du cholestérol, afin de ne pas créer d'attentes démesurées. Autre point qui me semble important: placer une mise au point sur la situation de risque cardiovasculaire du patient et sur la modification qu'un changement de régime alimentaire peut y apporter tout au début de l'intervention sur l'aspect nutritionnel: si le bénéfice paraît léger, comme par exemple si la réduction du risque d'événement cardiovasculaire n'est que minime, le patient peut estimer qu'il ne vaut pas la peine d'entamer de modifications des habitudes alimentaires rigoureuses et désagréables – en tant que médecins assurant le suivi d'un patient nous devons savoir accepter ce genre de décision. Mais le patient peut tout aussi bien trouver de la motivation dans le fait de connaître le bénéfice attendu, qui est une réduction du risque de tomber malade.

Venons-en au «plus» annoncé dans le titre: lors du conseil nutritionnel dispensé au cabinet du médecin de famille, il est important de ne pas seulement transmettre du savoir médical, mais de discuter également de la motivation au changement et d'y encourager le patient. Les questions ciblées utilisées dans la technique de l'«entretien motivationnel» permettent au patient de clarifier sa disposition à entreprendre des changements, de renforcer la confiance en lui-même et de situer les éventuels obstacles. Les étapes suivantes consistent à établir des conventions claires entre médecin et patient, à fixer des objectifs et des délais et à envisager les modalités de cet accompagnement qui doit rester constructif face aux échecs et aux entraves éventuels. Le médecin traitant devient ainsi le guide «en alimentation et en exercice physique du patient. Ce dernier assume une grande part de la responsabilité dans la réussite du nouveau régime alimentaire. Ce n'est pas un hasard si le CMPR [5] a nommé son nouveau programme de prévention «coaching santé»: il met à profit point par point les techniques de communications citées plus haut, afin de rendre plus efficaces les conseils d'alimentation et d'exercice physique (parmi les autres modifications comportementales) dispensés au cabinet du médecin de famille.

Dr Stefan Neuner-Jehle, MPH, rédacteur PrimaryCare

Edy Riesen

Les astuces de la pratique

Saignement de nez imprévu en EMS – et rien dans la mallette

Conseil donné par le docteur Susanne Müller Senn, spécialiste FMH en médecine générale, Oberdorf BL

Pendant le service de garde et d'urgence, vous faites une visite dans un EMS. Là-bas, on vous demande également d'examiner «en passant» une patiente sous anticoagulant qui saigne du nez abondamment. L'aller-retour au cabinet médical vous prendrait une bonne demi-heure. Vous restez donc sur place et rassemblez le matériel suivant: une bande de gaze quelconque, une paire de ciseaux

simples, une pincette et une crème pour la peau (par ex. Bepanthen®). La bande découpée en languettes et enduite d'un peu de crème constitue un tampon nasal antérieur efficace. Il se laissera ôter sans difficulté le jour suivant.

Correspondance:

Dr Edy Riesen
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Hauptstrasse 79
 4417 Ziefen
 edy.riesen@hin.ch