

Le Syndrome Métabolique



SOMMAIRE

SOMMAIRE	PAG. 1
LE SYNDROME MÉTABOLIQUE : L'ENNEMI SILENCIEUX Dr. René Hernandez - Médecin Généraliste - Homéopathe - Nutritionniste	PAG. 2
LE SYNDROME MÉTABOLIQUE : UNE PATHOLOGIE ? Pr. Jean Robert Rapin - Professeur de Pharmacologie Clinique Expert Toxicologue - Pharmacologue Université de Bourgogne	PAG. 4
SYNDROME METABOLIQUE Dr. Dominique Boutellier - Médecin Homéopathe - Nutritionniste	PAG. 9
ANOMALIE LIPIDIQUE, SYNDROME MÉTABOLIQUE ET PRÉVENTION SANTÉ Dr. François Berne - Médecin Homéopathe - Nutritionniste	PAG. 13
UN REGARD SUR LE SYNDROME METABOLIQUE En forme de Billet d'Humeur Dr. Bernard Payrau - Médecin Homéopathe - Cardiologue	PAG. 16

LE SYNDROME MÉTABOLIQUE : L'ENNEMI SILENCIEUX

Dr. René Hernandez - Médecin Généraliste - Homéopathe - Nutritionniste

Malgré les campagnes de prévention des facteurs de risque, la mortalité cardiovasculaire ne baisse plus depuis quelques années et, à l'origine de cette inversion de tendance : le Syndrome X ou Syndrome Métabolique.

Touchant entre 25 et 45% des sujets adultes dans les pays industrialisés, le Syndrome Métabolique est la conséquence de nos habitudes alimentaires trop caloriques associées à une trop faible activité physique.

En pratique, cela se traduit par une prise de poids touchant en particulier la graisse viscérale et facilement détectable par la mesure du tour de taille (supérieur à 102 cm pour l'homme et 88 cm pour la femme).

Associées à cet embonpoint on observe une dyslipidémie, une hypertension modérée et une augmentation de la glycémie à jeun. Mais le facteur important est la graisse viscérale (liée à l'insulinorésistance) dont la diminution, même légère, entraîne une normalisation des autres paramètres. Par conséquent, la prise en charge du Syndrome Métabolique passe par:



- **Une perte de poids.**

L'objectif est la diminution de la graisse viscérale et donc de l'insulinorésistance.

Cette dernière suit un rythme biologique qu'il faut respecter avec en particulier la diminution de la consommation des sucres rapides quelque soit le moment de la journée et leur suppression le soir.

Ce simple changement des habitudes alimentaires entraîne rapidement une perte de poids de quelques kilogrammes avec une amélioration du profil biologique.

Parmi les aliments riches en polyphénols, citons le kaki pour lequel des études ont permis de mettre en évidence son rôle protecteur cardiovasculaire et le thé, les effets sur le cholestérol ont été rapportés dans la littérature.

A ces règles hygiéno-diététiques simples et efficaces, il faut ajouter des substances destinées à lutter contre les modifications des paramètres biologiques : à savoir les acides gras en oméga 3 à moyennes et longues chaînes (EPA et DHA) pour combattre les dyslipidémies, de l'olivier en teinture mère (40 gouttes par jour) pour diminuer la pression artérielle, sans oublier l'arsenal d'aromathérapie. Enfin, la phytothérapie apporte une aide précieuse comme coupe-faim et dans la dépurative de la fonction hépatique.

Le Syndrome Métabolique n'est pas une pathologie reconnue, mais c'est un facteur de risque qu'il ne faut pas négliger. C'est un ennemi silencieux, certains disent un tueur silencieux, que l'on peut combattre facilement en suivant les règles de chronobiologie de la nutrition et en incitant les patients à pratiquer une activité physique.





- **Une activité physique quotidienne** basée plutôt sur l'endurance. Une marche rapide de 15 à 30 minutes par jour en plus des activités du sujet, fait régresser l'insulinorésistance et normalise les paramètres biologiques.

- **Une aide phytothérapeutique et micronutritionnelle** permettant de diminuer l'insulinorésistance et les dyslipidémies. Parmi les micronutriments, citons le chrome, le zinc pris de préférence le matin, l'arginine un acide aminé indispensable au transport du glucose dans les cellules à prendre le midi et les polyphénols, protecteurs hépatiques et impliqués dans le métabolisme des lipides.



LE SYNDROME MÉTABOLIQUE : UNE PATHOLOGIE ?

Pr. Jean Robert Rapin - Professeur de Pharmacologie Clinique Expert Toxicologue - Pharmacologue
Université de Bourgogne

Actuellement, le Syndrome Métabolique n'est pas reconnu comme une maladie et pourtant,

- Il s'agit d'un facteur de risque au moins aussi important que les hypertensions artérielles, les hypertriglycéridémies et les hypercholestérolémies qui, elles, sont prises en compte.
- Il s'agit du pré diabète avec systématiquement une insulino-résistance. Le taux d'insuline circulant est toujours très élevé alors que la glycémie est considérée comme normale.
- Chez des patients atteints du syndrome métabolique, la probabilité de survenue d'un accident cardiovasculaire ou cérébrovasculaire est multipliée par 3 ou 4.

Cette absence de reconnaissance est sans doute liée au fait qu'il n'existe pas de médicament sur le marché agissant sur les différents symptômes et que les praticiens ont la possibilité d'associer 3 ou 4 médicaments spécifiques.

Du point de vue épidémiologique, ce Syndrome Métabolique, appelé initialement syndrome X, touche au minimum 15% des adultes et certains experts américains parlent de 40 à 45%. De plus, de nombreux adolescents et jeunes adultes rentrent dans ces chiffres alarmants.

L'origine génétique ou mieux péri génétique (modification de l'expression des gènes pendant la grossesse et la jeune enfance) est admise. Un même régime et un apport calorique identique entraîne chez certains sujets, une obésité et un syndrome métabolique alors que les autres sujets conservent un poids de forme. Cependant, le rôle de la nourriture aussi bien du point de vue quantitatif que qualitatif, est certainement essentiel. En effet, le nombre de personnes obèses augmente considérablement et ceci depuis 3 ou 4 décennies, alors que les apports caloriques ont nettement baissé dans le même temps. On peut se demander ce qui a changé ?

- la présence de polluants (insecticides, pesticides, engrais sélectifs ...)
- l'utilisation de plats cuisinés industriellement généralement trop sucrés et trop salés.
- la modification de nos habitudes alimentaires avec une diminution de l'apport protéique et une diminution de l'apport en lipides au profit des glucides. Ainsi, c'est dans le pays où le nombre d'obèses est le plus important (USA) que l'on trouve le plus grand nombre de produits allégés ou sans corps gras. Est-ce corrélé ?
- la modification de notre comportement alimentaire. Le repas principal, en raison du travail des couples, et pour conserver une convivialité familiale est devenu le repas du soir. Or généralement les obèses ne prennent pas de petits déjeuners copieux mais ont un repas du soir riche et conséquent. Cette nouvelle chronologie des repas ne suit pas nos rythmes biologiques naturels et généralement le simple rétablissement d'un repas copieux le matin et léger le soir permet une notable perte de poids.
- la diminution de l'activité physique. Nous devenons de plus en plus sédentaires, ce qui associé avec un régime alimentaire inadapté est à l'origine d'un grand nombre d'obèses.

Définition du Syndrome Métabolique

La définition du Syndrome Métabolique varie selon les pays et les organismes de Santé.

Généralement, la définition proposée par un groupe d'experts des USA (National Cholesterol Education Program) est acceptée par tous. Selon ce groupe d'experts il y a Syndrome Métabolique quand 3 ou plus des 5 facteurs de risque de la liste ci-dessous sont présents.

Dans cette liste n'apparaît pas l'insulinémie, rarement déterminée en routine, mais qui est toujours très élevée ce qui correspond à l'insulino-résistance.

Ces facteurs de risque font actuellement l'unanimité, mais la liste risque de s'allonger avec de nouveaux paramètres tels que la protéine C réactive démontrant une inflammation.

- Surpoids ou obésité viscérale. Cette obésité est mesurée par le tour de taille qui diffère selon les sexes : supérieur à 88 cm chez les femmes et à 102 cm chez les hommes.
- Hypertriglycéridémie : taux supérieur ou égal à 1,7 mmol/l (1,5g/l).
- Hypertension artérielle supérieure à 130/85 mm Hg ou traitée.
- Faible taux de HDLcholestérol (bon cholestérol) : inférieur à 1 mmol/l (0,39g/l) chez les hommes et 1,2 mmol/l (0,46g/l) chez les femmes. On ne prend pas en compte le LDL cholestérol ni le cholestérol total.
- Glycémie à jeun le matin supérieure à 6,1 mmol/l (1,10g/l).

L'insulinorésistance observée dans tous les cas de Syndrome Métabolique

Elle n'apparaît pas dans les facteurs de risque et pourtant c'est elle qui est responsable de tout et le taux d'insuline circulante est systématiquement élevé.

Normalement, le glucose entre dans toutes les cellules de l'organisme sans besoin d'insuline par l'intermédiaire d'un canal ubiquitaire : le glut 1. L'insuline agit sur ces récepteurs spécifiques, ce qui entraîne une entrée du glucose par l'intermédiaire d'autres canaux les glut 3 et glut 4. Ces canaux ne sont retrouvés que dans un tiers des cellules de l'organisme au niveau du foie, des muscles et des adipocytes. L'insuline est sécrétée chaque fois qu'il y a hyperglycémie secondaire à la prise d'un repas riche en glucides ou lors de sécrétion de cortisol (naturelle 4 fois par jour aux heures des principaux repas ou provoquée par les stress). Le glucose qui entre dans les cellules sous l'action de l'insuline est stocké sous forme de glycogène (foie et muscle) ou est transformé en acides gras puis en triglycérides (lipogénèse essentiellement hépatique). Au niveau des adipocytes, l'insuline a un rôle dans le stockage des triglycérides et surtout elle inhibe la lipolyse. On peut donc dire que :

L'insuline est l'hormone de la lipogénèse diurne et elle inhibe la lipolyse nocturne

Physiologiquement, en absence d'apports glucidiques, il n'y a pas de sécrétion d'insuline la nuit.

Les récepteurs à l'insuline sont très sensibles le matin, puis deviennent de plus en plus résistants au cours de la journée. En absence d'insuline nocturne, les récepteurs retrouvent leur hypersensibilité. Lorsque les récepteurs sont hypo sensibles (le soir), un apport de glucides alimentaires se traduit par une sécrétion accrue d'insuline.

Pour simplifier, une alimentation riche en glucides le soir entraîne une sécrétion importante d'insuline avec l'impossibilité durant la nuit de la suppression de l'insulino-résistance.

Dans ces conditions, le pancréas doit fournir de plus en plus d'insuline avec le risque d'épuisement de ses capacités et l'apparition d'un diabète de type 2.

En corollaire, avec la lipogénèse et la diminution de la lipolyse, les patients deviennent obèses : ils stockent les glucides sous forme de corps gras.

Dans une étude que nous avons menée sur plus de 3000 patients obèses et atteints du Syndrome Métabolique, 91 +/-6 % ne prenaient pas de petit déjeuner et dinaient copieusement avec une nourriture riche en glucides. La simple inversion (petit déjeuner copieux et dîner léger sans glucides) diminuait l'obésité et supprimait partiellement le Syndrome Métabolique.

Origine de l'insulinorésistance

Une nourriture riche en glucides prise le soir n'explique pas tout mais contribue grandement au développement du Syndrome Métabolique. Celui-ci est actuellement considéré comme une épidémie qui s'aggrave tous les ans et ce depuis 40 à 50 ans. Dans le même temps, le nombre de diabètes de type 2, non insulinodépendants, augmente de façon catastrophique.

Qu'est-ce qui a changé ces 50 dernières années ?

- une diminution de l'activité physique
- une modification des méthodes agricoles (engrais, pesticides, insecticides)
- une utilisation de plus en plus intense des produits raffinés, des produits industriels
- une modification des habitudes alimentaires avec le développement des plats cuisinés
- l'absence de temps et de moyens financiers pour réaliser une cuisine traditionnelle
- une modification des comportements alimentaires (peu de temps le midi et repas convivial le soir)
- le changement des méthodes de cuisson des aliments (micro-onde, autocuiseur...)
- des grignotages d'aliments sucrés devant la télévision ou l'ordinateur

Cette liste est loin d'être exhaustive et il est bien difficile de ramer à contre courant et de demander un retour à la cuisine de nos grand-mères. Dans ces conditions, nous proposons des éléments de piste qui pourraient aider à régler ce nouveau fléau.

Un défaut des Glut 1

Les glut 1 sont ubiquitaires et par conséquent on les retrouve sur toutes les cellules y compris celles hépatiques, musculaires et les adipocytes. Ces glut 1 ne sont pas sensibles à l'insuline. Normalement, ils suffisent dans les conditions physiologiques, au transport du glucose sans l'intervention de l'insuline. Cette dernière n'est sécrétée que si il y a hyperglycémie. Ainsi chez le sportif, l'utilisation du glucose par le muscle ne fait en aucun cas intervenir l'insuline. Lors d'une étude menée chez des diabétiques de type 2 (c'est à vérifier chez les patients atteints d'un Syndrome Métabolique), nous avons démontré qu'il existait un défaut de transport du glucose au niveau des hématies sur lesquelles l'insuline est sans effet. Ce défaut correspond à une diminution de la vitesse de transfert du glucose dans toutes les cellules et dans ces conditions, il apparaît une hyperglycémie avec une sécrétion d'insuline.

Comment expliquer ce défaut ?

• **Une première hypothèse** expliquant la diminution du transport du glucose est basée sur le nombre de Glut 1 sur la cellule. Ce nombre dépend de l'activité physique. Ainsi, l'entraînement physique augmente considérablement le nombre de glut 1 au niveau musculaire et au niveau des hématies. A l'inverse la sédentarité diminue ce nombre.

• **Une seconde hypothèse** porte sur l'empoisonnement des glut 1 par le fructose. Physiologiquement, le fructose ingéré en petite quantité est transformé en glucose au niveau des cellules intestinales au point que son index glycémique est faible. Cependant, des apports plus importants sont suivis d'une hyperfructosémie non décelée lors du dosage de la glycémie par les méthodes enzymatiques actuelles. Ce fructose circulant pénètre lentement dans les cellules par l'intermédiaire des glut 1. Deux phénomènes sont alors observés : une compétition avec le glucose et une diminution de la vitesse de transport du glucose d'où une hyperglycémie. De très nombreux aliments contiennent du fructose libre ou du sucre raffiné comportant 50% de fructose. Le fructose des fruits est lié à de grosses molécules et est, par conséquent, libéré lentement.

Chez le rat, on utilise le fructose pur dissout dans l'eau de boisson pour provoquer selon la concentration un syndrome métabolique ou un diabète de type 2. La quantité de fructose ingéré par le rat correspond à la prise quotidienne d'une bouteille de Coca cola ; malgré les différences entre les rats et l'homme, une étude épidémiologique aux USA, montre une excellente corrélation entre la prise de sodas et le développement de l'obésité chez les adolescents et chez les moins jeunes. De plus le fructose entraîne une réaction d'hyperoxydation avec la production excessive de radicaux libres ce qui est observé lors d'un Syndrome Métabolique.

• **Une troisième hypothèse** est basée sur l'empoisonnement des canaux par des protéines glyquées. La glycation des protéines est une réaction complexe faisant intervenir un "ose" simple comme le fructose ou le glucose et l'acide aminé terminal d'un polypeptide ou d'une protéine. Les acides aminés les plus impliqués dans cette réaction de Maillard sont l'arginine et la lysine. La réaction est facilitée par une élévation de température et la présence de vitamine C. Dans les plats tout prêts tous les ingrédients d'une réaction de Maillard sont présents. Une protéine glyquée ne peut être complètement métabolisée en acides aminés ou dipeptides. Il reste des petits polypeptides glyqués qui sont résorbés au niveau intestinal et empoisonnent les systèmes de transport du glucose. L'utilisation de plus en plus importante des aliments industriels pourrait expliquer le « boom » du Syndrome Métabolique.

Les autres hypothèses

• **La génétique** est bien évidemment impliquée mais comme c'est généralement le cas elle n'explique pas tout. Elle peut être aggravée par la période de gestation. Les études épidémiologiques montrent que le Syndrome Métabolique apparaît d'autant plus que le poids à la naissance des nouveaux nés est faible (inférieur à 2,5 kg voire 3 kg). Ce sont chez ces nourrissons de faible poids que l'hypertension et les risques cardiovasculaires sont le plus à craindre.

• **Le faible poids à la naissance** serait également responsable de l'hypersensibilité des adipocytes et de la dysfonction observée au niveau de la sécrétion de l'insuline et de la sensibilité de ses récepteurs. Schématiquement, chez un nouveau né de moins de 2,5 Kg, on observe une augmentation de la sécrétion de cortisol avec comme conséquences tous les ingrédients du Syndrome Métabolique:

1. Une diminution de la masse pancréatique et de la sécrétion d'insuline.
2. Une diminution du transport du glucose et une augmentation de la glyco-génése.
3. Une augmentation de l'oxydation lipidique.
4. Une diminution de la sensibilité des récepteurs à l'insuline.
5. Une diminution de la lipolyse adipocytaire.

• **L'excès de poids à la naissance et une prise de poids périnatal trop grande** sont également impliqués dans l'obésité de l'adulte. De même, une diversification trop rapide de la nourriture serait responsable de la multiplication des adipocytes.

• **Les stress répétés** ou permanents de la vie moderne entraînent les mêmes effets avec en particulier une formation de oxLDL particulièrement impliqués dans la formation des plaques d'athérome.

• **Les dyslipidémies** liées à la génétique et à l'alimentation sont bien sûr impliquées. En particulier, l'excès d'acides gras en oméga 6 surtout en position "trans" est responsable de l'insulino-résistance.

• **Le méthylglyoxal, un métabolite des sucres**, est une substance très réactive qui se fixe sur l'insuline qui devient alors très peu active sur son récepteur. Cette hypothèse repose le problème de l'insulinorésistance. Ce serait l'insuline qui serait peu active et non le récepteur lui-même. En fait, les deux phénomènes existent simultanément et la perte de sensibilité des récepteurs pourrait être secondaire à la glycation de la lysine terminale par l'augmentation du glucose et du fructose circulant.

Comment traiter le Syndrome Métabolique ?

Par les médicaments

Actuellement, il n'existe pas de traitement spécifique du syndrome métabolique. Néanmoins, on traite les différentes altérations biologiques qui sont autant de facteurs de risques des maladies cardiovasculaires. On traite ainsi, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'obésité et éventuellement l'hyperglycémie. Cependant ces traitements n'ont que peu d'effets sur les 2 caractéristiques du syndrome métabolique qui sont sans doute intriquées, à savoir l'insulinorésistance et la glycation. Les résultats comme prévention des risques, avec ces traitements, sont discutables et sont nettement inférieurs à ceux rapportés avec le régime crétois ou la nutrition chrono biologique.

Il existe cependant de nombreuses recherches sur des molécules antiglycantes et insulino sensibilisatrices. Une telle molécule, la metformine, est déjà très utilisée en première intention, dans le traitement du diabète de type 2. Cette molécule à des doses 100 à 300 fois plus faibles que celles proposées comme antidiabétique est un antiglycant très intéressant. Cet effet disparaît pour les doses élevées.

Par les règles hygiéno-diététiques

- 1. l'exercice physique** est le seul moyen naturel pour augmenter le nombre de glut 1 au niveau des muscles. Il faut une activité physique soutenue (30 minutes de marche rapide par exemple) tous les jours de la semaine.
- 2. une nouvelle alimentation** basée sur la chronobiologie avec un petit déjeuner copieux et un dîner léger avec un minimum de glucides. Par ailleurs, il est nécessaire d'éliminer de l'alimentation, les sucres rapides et plus particulièrement le fructose (suppression des sodas, des jus de fruits du commerce, des viennoiseries, des gâteaux etc..). De plus, il faut privilégier les aliments riches en fibres (légumes verts) et diminuer les apports en acides gras saturés et en acides gras en oméga6 au profit des acides en oméga3. Enfin, il faut privilégier la cuisine traditionnelle à la place des plats industriels.
- 3. une diminution de la masse pondérale** facile à obtenir si le sujet suit les deux premières règles.
- 4. une gestion du stress** avec un apport de magnésium et de poly vitamines.
- 5. une diminution de la glycation** avec du thé vert voire du café en quantité raisonnable. La caféine a démontré un effet antiglycant.
- 6. une re-sensibilisation des récepteurs à l'insuline** avec des extraits de cannelle. Un acide gras, l'acide lipoïque montre une efficacité certaine sur les récepteurs à l'insuline mais risque d'augmenter la lipogénèse viscérale ce qui n'est pas souhaitable lorsque le sujet est obèse.

Conclusion

Le Syndrome Métabolique n'est pas reconnu comme une maladie et de fait, des règles simples de nutrition et d'activité physique suffisent à enrayer son évolution. Cependant ces règles sont loin d'être faciles à suivre par les patients d'où l'obligation dans un grand nombre de cas d'une thérapeutique médicamenteuse. L'objectif est de diminuer les facteurs de risques de diabète et des maladies cardio et cérébro-vasculaires. Ces risques sont génétiques, mais se développent dès la gestation et au cours de toutes les phases de la vie. La nutrition, depuis la grossesse, et le maintien d'une bonne activité physique sont les moyens les plus sûrs pour supprimer l'épidémie. La mise sur le marché d'un médicament spécifique de l'insulino résistance permettrait la reconnaissance de cette maladie et aiderait grandement les patients pour lesquels les règles hygiéno-diététiques s'avèrent difficiles à suivre.

SYNDROME MÉTABOLIQUE

Dr. Dominique Boutellier - Médecin Homéopathe - Nutritionniste

En pratique quotidienne, trop souvent encore, le Syndrome Métabolique n'est pas identifié en tant que tel. Il s'agit fréquemment de patients chez lesquels les facteurs de risque sont présents mais pas très augmentés; c'est leur association qui doit alerter. Ainsi, l'existence d'une surcharge pondérale à caractère androïde doit systématiquement faire rechercher un Syndrome Métabolique. Il s'agit ensuite de traiter chacun des composants de ce syndrome pour réduire le risque cardio-vasculaire.

Un régime diététique optimal de type méditerranéen ne supprimant pas les apports en graisses mais se fondant sur la qualité de celles-ci est nécessaire de même, l'activité physique représente un élément important pour lutter contre la surcharge pondérale, l'approche pharmacologique ne s'adressant ensuite qu'aux patients à haut risque.

D'où l'intérêt du **Régime méditerranéen et de longévité préconisé par le Pr. Seignalet.**

Parmi de nombreuses publications scientifiques sur le comportement alimentaire et l'espérance de vie, une étude réalisée par HALE (Healthy Ageing: a Longitudinal Study in Europe) démontre qu'en cumulant un régime méditerranéen, riche en **Oméga3** et **Antioxydant**, un minimum de trente minutes d'activités sportives chaque jour, ne pas fumer et ne prendre au maximum un verre de vin par jour **augmente la durée de vie de près de 65%**.

Elle démontre aussi que ce régime est efficace pour les personnes atteintes du Syndrome Métabolique (haut taux d'insuline et de cholestérol, hypertension et embonpoint). Il constitue un stade précoce de plusieurs maladies graves, comme le diabète, les troubles cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux.

Voici une liste, non exhaustive, des **principaux aliments antioxydants qui composent le régime méditerranéen**: huile d'olive vierge, ail, oignons, poivrons, aubergines, tomates, haricots secs cuits, amandes, olives, poissons gras riches en oméga 3, vin rouge en quantité modérée, agrumes, aromates riches en huiles essentielles. (Tous ces aliments devront être de préférence, de culture biologique afin d'éviter tous risques de pollution par des contaminants.)

Entrons dans les détails

Pourquoi un régime de ce type ?

Les enzymes et les mucines de l'organisme humain ne sont pas adaptées à certaines substances contenues en grandes quantités dans l'alimentation actuelle. Cette inadaptation a des conséquences néfastes au niveau de l'intestin grêle :

1) Modification du contenu alimentaire.

Si les apports nutritionnels étaient corrects, la digestion des aliments serait complète. Les glucides seraient scindés en sucres simples, les lipides en acides gras de petite taille, les protéines en acides aminés et en di ou tripeptides. Avec le mode nutritionnel pratiqué aujourd'hui, certains aliments résistent en grande partie à l'action des enzymes digestives. Il en découle la présence en grand nombre dans la lumière digestive de grosses molécules alimentaires, parmi lesquelles des peptides antigéniques.

2) Modification du contenu bactérien.

Lorsque la nourriture est bien choisie, la flore intestinale est normale. Moins abondante que dans le colon, mais cependant assez importante, elle est très variée avec environ 500 espèces de bactéries (**BENGMARK 1998**), les germes aérobies prédominants dans le duodénum et les germes anaérobies prédominants dans l'iléon.

Ce serait donc la muqueuse du grêle qui serait la voie d'entrée des xénos peptides. Cependant, malgré son immensité (600 mètres carrés) et sa minceur (1/40 de millimètre), la muqueuse normale ne laisse passer que de petites molécules et très peu de grosses molécules. La traversée de peptides de 9 ou de 17 acides aminés en quantité suffisante ne peut avoir lieu que si le grêle est devenu trop perméable. La cuisson transforme profondément la structure chimique des aliments, et ce d'autant plus que la hausse de température est élevée et prolongée. Les conséquences chimiques de la cuisson sont multiples et ont été fort bien décrites par **CUQ** et **LORIENT** (1992). Sous l'effet de l'agitation thermique, les molécules se choquent, peuvent se casser, peuvent s'accrocher au hasard à d'autres structures pour former des combinaisons très complexes dont certaines n'existent pas dans la nature (**COMBY 1989**):

- Les sucres se polymérisent
- Les huiles s'oxydent, se polymérisent et se cyclisent, d'autant plus aisément qu'elles sont insaturées.
- Des isomères peuvent se former : oses de type L, acides gras de type trans et acides aminés de type D. De telles molécules sont absolument artificielles car, dans la nature, tous les oses sont de type D, la grande majorité des acides gras sont de type cis et tous les acides aminés sont de type L.
- Les protéines perdent leurs structures quaternaire, tertiaire et secondaire, pour ne conserver que leur structure primaire.
- Les protéines et les sucres s'unissent pour constituer des molécules de Maillard (DRIEU-GERVOIS 1994). Certaines de ces substances sont tellement coriaces qu'elles résistent à l'eau de Javel et aux détergents.
- Des produits cancérigènes apparaissent, en particulier lors de la cuisson des viandes et des charcuteries. Ce sont les hydrocarbures aromatiques polycycliques et les amines hétérocycliques, dont les plus redoutables sont les g carbolines.

Comme l'avait indiqué le **DR CATHERINE KOUSMINE (1987)**, la frontière au-dessus de laquelle les aliments subissent des transformations importantes se situe autour de 110°C. Il faut donc éviter :

- Les grillades et les fritures qui peuvent dépasser 700°C.
- Les fours classiques qui atteignent 300°C
- La cocotte-minute qui parvient à 140°C

Et préférer la cuisson à la vapeur douce, qui se situe à 95°C, comme le préconise le **DR HENRI JOYEUX (1994)**.

Il faut souligner enfin que la cuisson est un procédé artificiel, contre-nature, puisque aucun animal sauvage n'a jamais mangé cuit.

Les dangers liés aux méthodes actuellement utilisées pour la préparation des huiles végétales ont été depuis longtemps dénoncés par le **DR CATHERINE KOUSMINE (1980)** et par son élève **ALAIN BONDIL (1989)**. Autrefois les huiles étaient extraites des plantes par première pression à froid, à une température le plus souvent voisine de 30°C. Ces huiles contenaient les acides gras essentiels, en particulier l'acide linoléique et l'acide alpha linoléique, sous leur forme naturelle cis. Cependant le rendement n'était que de 30 %. Depuis la seconde guerre mondiale, la plupart des huiles sont extraites à chaud, sur de la vapeur d'eau, entre 180°C et 220°C. Ce procédé porte le rendement à 70 %.

Ce mode de préparation entraîne plusieurs inconvénients :

- 1)** La persistance de certains produits nocifs, comme l'hexane fortement intégré aux corps gras et impossible à éliminer totalement.
- 2)** La saturation d'une partie des acides gras insaturés, avec formation d'acides gras saturés dont l'excès est préjudiciable pour les vaisseaux.
- 3)** La transformation d'une partie des acides gras insaturés cis en isomères trans., hors de portée de nos enzymes, non seulement inutiles mais dangereux pour les vaisseaux (**MANN 1994**) et le système nerveux.
- 4)** Un déficit en acides gras poly insaturés cis, acide linoléique, acide alpha linoléique et les acides qui en dérivent. Or ces divers acides ont une grande importance dans plusieurs métabolismes, comme celui des prostaglandines.

1) Action directe.

Certains aliments modernes fournissent des peptides antigéniques, agents causaux d'une affection auto immune. Par exemple, le peptide commun au blé, à l'orge ou au seigle, qui provoque la maladie cœliaque et la dermatite herpétiforme. Ce mécanisme direct est sans doute assez rare.

2) Action indirecte au niveau intestinal.

L'alimentation moderne intervient de deux façons :

- Elle modifie la flore intestinale, où vont proliférer des bactéries dangereuses, qui fournissent des peptides antigéniques ou des protéines super antigènes, agents initiateurs d'affections auto immunes. Ce mécanisme est probablement très fréquent.
- Elle agresse la muqueuse du grêle, provoquant son hyperperméabilité.
- L'intestin trop perméable ne laisse pas seulement passer des peptides antigéniques. Il est aussi franchi par des lipo polysaccharides bactériens, des ADN bactériens, des glucides, des lipides, des isomères variés et des molécules de Maillard. Beaucoup de ces substances, inaccessibles aux enzymes et non reconnues par les lymphocytes, vont se déposer dans le milieu extracellulaire, la matrice extracellulaire et à l'intérieur même des cellules. Il s'en suivra un encrassement, gênant les communications des cellules entre elles et vers la matrice extracellulaire, entravant le fonctionnement des cellules.
- L'organisme humain cherche à se débarrasser des molécules nocives. Celles-ci, n'étant pas dégradables par les enzymes, sont chargées entières sur des polynucléaires et des macrophages qui les transportent à l'extérieur à travers un émonctoire (voies biliaires, colon, peau, bronches, muqueuses de la sphère ORL). Ces processus sont utiles, mais ont l'inconvénient de provoquer l'inflammation de l'émonctoire et la libération de radicaux libres. Lorsqu'ils sont exagérés, ils aboutissent à une pathologie d'élimination (**SEIGNALET 1998**).
- Les subcarences vitaminiques et minérales diminuent l'efficacité de certaines enzymes importantes, celles qui épurent les radicaux libres et les cytochromes P450 qui neutralisent de nombreuses molécules dangereuses.

Les trois phénomènes que nous venons de décrire ont des répercussions néfastes :

- Consommation inutile d'énergie.
- Libération de radicaux libres.
- Aggravation des réactions inflammatoires.
- Perturbation des relations entre système immunitaire, système nerveux central et système endocrinien, qui doivent fonctionner en harmonie.
- Difficultés à rétablir une barrière intestinale en bon état.
- Réactions mal contrôlées aux agressions, augmentant l'impact des stress.

D'où le choix d'un régime alimentaire de type **SEIGNALET**.

Les notions que nous avons rassemblées permettent d'établir un mode nutritionnel logique, que le Pr. Seignalet désigne sous le nom de régime hypo toxique, ancestral ou originel. Les recommandations sont les suivantes :

1) Suppression des laits animaux.

Aussi bien vache que chèvre et brebis, ainsi que tous leurs dérivés : beurre, fromage, crème, glace, yaourt.

2) Suppression des céréales domestiques.

Blé, orge, seigle, avoine, maïs. Le blé Kamut, qui n'est pas ancestral, ayant doublé ses chromosomes par rapport à l'épeautre, est aussi à proscrire. L'épeautre est tolérable quand il est cru, mais le pain d'épeautre cuit à 300°C est aussi redoutable que le pain de blé. Le riz et le sarrasin, qui ne semblent pas mutés, restent autorisés. Le sésame paraît aussi bien toléré. Pour les céréales africaines (mil, millet, sorgho), nous n'avons pas d'opinion.

3) Consommation de beaucoup de produits crus.

On peut cependant pratiquer la cuisson, à condition de ne pas dépasser 110°C, ce qui est obtenu par la technique à la vapeur douce. Le four à micro-ondes, pour des raisons expliquées plus haut, est à éviter. À cette température, la dénaturation des protéines, des glucides, des huiles et des nutriments est limitée.

L'absence de cuisson préserve les **Vitamines**, les **Oméga 3** et la plupart des molécules **antioxydantes**.

4) Consommation d'huiles vierges.

On écartera les margarines au profit des huiles obtenues par première pression à froid et consommées crues. L'huile d'olive du commerce est nécessaire, car elle est riche en acides gras mono insaturés, mais elle n'est pas suffisante. Elle sera complétée par d'autres huiles, vendues dans les magasins spécialisés en diététique. Par exemple, l'huile de tournesol, riche en acide linoléique et l'huile de noix crue, riche en acide alpha linoléique. Éventuellement l'huile d'onagre ou l'huile de bourrache, qui apportent l'acide gamma linoléique.

Il conseille également la consommation régulière de poissons des mers froides, pour leur apport en acides gras **Oméga 3**. En particulier : EPA et DHA.

5) Sélection d'aliments de qualité.

Produits de l'agriculture et de l'élevage biologiques ou, à défaut, produits de bonne qualité achetés chez des commerçants valables.

6) Supplémentation vitaminique et minérale.

La micro-nutrition est le complément harmonieux de la macro-nutrition. Nous ne sommes pas partisans de doses fortes, par exemple pour la vitamine C, comme le préconisent **LINUS PAULING (1988)** et **DR CATHERINE KOUSMINE (1980)**. À l'instar du **PR MASSOL (1997) (1998)**, nous préférons des doses physiologiques. La supplémentation doit apporter des éléments majeurs, comme le magnésium, le sélénium, la vitamine C et la vitamine E, mais aussi de petites doses de tous les minéraux et de toutes les vitamines utiles. L'administration prolongée de ferments lactiques est indiquée afin de favoriser le retour à la normale de la flore intestinale.

BIBLIOGRAPHIE

Flore intestinale (**BENGMARK 1998**)

Conséquences chimiques de la cuisson **CUQ et LORIENT (1992)**

Micro-ondes chaleur agitation moléculaire (COMBY 1989)

Molécules de Maillard (**DRIEU-GERVOIS 1994**)

HALE (Healthy Ageing: a Longitudinal Study in Europe)

Cuisson des aliments JOYEUX (1994)

Cuisson des aliments KOUSMINE (1987)

Les dangers liés aux méthodes actuellement utilisées pour la préparation des huiles végétales par **KOUSMINE (1980)** et par son élève **BONDIL (1989)**.

La transformation d'une partie des acides gras insaturés cis en isomères trans. (**MANN 1994**)

La micro-nutrition, la vitamine **C. PAULING (1988)** et **KOUSMINE (1980)**.

Pathologie d'élimination (**SEIGNALET 1998**).

Nutrition et maladies auto immunes.

ANOMALIE LIPIDIQUE, SYNDROME MÉTABOLIQUE ET PRÉVENTION SANTÉ

Dr. François Berne - Médecin Homéopathe - Nutritionniste

De plus en plus, les médecins interviennent tôt afin de protéger nos artères. Heureusement !

Par exemple, avons-nous du bon ou du mauvais cholestérol ? La plupart d'entre nous (la quarantaine arrivant ou étant passé) avons eu une prise de sang afin de définir notre taux de cholestérol (visite systématique auprès d'un médecin, bilan de santé suite à la demande d'une assurance vie particulière, ou pour un prêt bancaire, ...).

En pratique, un syndrome (ensemble de signes cliniques et biologiques) est né ces dernières années avec comme objectif de permettre de faire sonner l'alarme le plus tôt possible, j'ai nommé le **Syndrome Métabolique**.

Qu'en est-il vraiment ?

Si vous avez 3 des critères suivants : une pression artérielle au dessus de 85 (diastolique)/135 (systolique) et/ou des triglycérides $>$ à 1,50 g/l et/ou HDL $<$ 0,40 g/l pour un homme et 0,50 g/l pour une femme et/ou glycémie $>$ 110 mg/dl et/ou un périmètre abdominal sagittal $>$ 102cm chez un homme, $>$ 88cm chez une femme (certains médecins se réfèrent à des critères encore plus strictes comme la glycémie $>$ 1 g/dl, Périmètre ombilical $>$ 94 cm chez un homme et $>$ 80 cm chez une femme).

**Vous avez un risque cardiovasculaire majeur et/ou risque de déclencher un diabète.
Vous devez intervenir pour garder intact votre capital santé !**

Dans le cadre de la première définition que je vous ai donné (définition de l'ATP II NCEP de 2001) une étude récente faite auprès de 40000 hommes et 210000 femmes en Ile de France (l'âge moyen des personnes étudiées étant de 54,7 ans) montre que le risque de mortalité est multiplié par 2 !!! soit un surrisque de près de 80%.

Si vous intervenez plus tôt et que vous choisissez la formule la plus drastique (définition de l'IDF 2005) pour intervenir alors le risque était moindre mais toutefois le surrisque était de 36%.

Toutefois, vous pouvez intervenir, vous avez encore le temps. Des traitements existent (anti hypertenseur, anti diabétique, anti agrégant plaquettaire, fibrates, statines, ...), mais ceux-ci sont pour la vie et les posologies augmenteront avec le temps et ces traitements ne feront que repousser les échéances que sont le diabète et la maladie cardiovasculaire thrombotique (infarctus, accident vasculaire cérébral).

Un quart des adultes de plus de 40 ans sont concernés !!

Alors que faire pour se prendre en charge ?

2 points majeurs qui ont prouvé leur efficacité : Vous allez surveiller de près votre tour de taille et si vous faites faire des examens biologiques régulièrement vous regarderez votre taux de HDL qui doit être le plus haut possible (un taux de HDL $>$ 0,60 g/l est protecteur) et votre taux de LDL qui doit être le plus bas possible (il doit être ramené au dessous de 1,30 g/l et si vous avez un diabète alors les LDL doivent être $<$ 1g/l).

Vous ne devrez pas confondre votre tour de taille et le périmètre ombilical ! (voir encadré pag. 15). Ce marqueur est bien meilleur que l'IMC (poids/taille au carré) et est un excellent marqueur prédictif du diabète et ce quelque soit l'âge !! (de l'enfant au grand père ou à la grand-mère !!) et pour faire diminuer celui-ci : deux notions indispensables sont à mettre en place.

1. La première est l'activité physique régulière.

Vous jardinez, vous garez votre voiture un peu plus loin, vous montez les escaliers à pied, vous faites des courses à pied, c'est excellent mais afin d'être efficace vous devez avoir au moins deux fois par semaine une activité physique d'une demi heure suffisamment intense.

2. Des règles hygiéno-diététiques simples et facilement applicables laissant place à la convivialité des repas.

Celles-ci vont consister à faire attention aux lipides et aux glucides consommés. Vous allez repérer comment vous constituez vos repas et afin qu'il y ait un bon équilibre ceux-ci doivent être constitués systématiquement de légumes (crus et cuits) et d'un fruit.

Si le matin est le repas du Roi celui de Midi est le repas du Prince et le soir celui du Mendiant.

Le matin vous êtes programmé pour manger, si prendre un morceau de fromage par jour vous est indispensable alors faites le : le matin ! Un ou deux œufs par jour ? Oui, mais uniquement le matin ! (vous pourrez donc prendre un œuf et une tranche de jambon supérieur avec une tranche de pain complet et un morceau de fromage, avec votre café ou votre thé ainsi qu'un fruit, voilà votre repas du Roi !!)

Vous allez privilégier le soir, deux ou trois fois par semaine un poisson gras, si vous aimez tout simplement des sardines à l'huile d'olive extra-vierge (1 boîte par personne !), des maquereaux sans problème ! et vous allez accompagner cela de légumes divers et variés afin de colorer votre assiette. Et vous évitez de manger des glucides qu'ils soient rapides ou complexe après 18 heures.

Le midi vous prendrez une protéine animale dans une portion suffisante (120 à 150 gr de volailles ou de lapin, vous vous essayerez à la cuisine au wok et vous pourrez peut-être goûter au tofu soit 150 gr à 200 gr par personne) et vous associerez un légume cru et un « glucide complexe » dont l'index glycémique est bas, type riz semi-complet, pâtes complètes ou mieux légumineuses comme des lentilles.

Une petite faim à 17 heures ? c'est excellent c'est l'occasion de manger 2 ou 4 carreaux de chocolat (si vous êtes gourmand) et d'y associer des amandes (une poignée) des figues sèches le tout avec un fruit. Si vous voulez privilégier le côté perte de poids pendant un premier temps, vous pourrez prendre à la place un complément protéiné de Haute Valeur Biologique (votre thérapeute sera à même de vous conseiller une marque avec des normes médicales), de même si le matin vous trouvez monotone des œufs ou du jambon vous pourrez remplacer cette partie du petit-déjeuner par ce type d'aliment protéiné.

Assaisonnez vos crudités avec de l'huile de colza, et du vinaigre de cidre, cuisinez à l'huile d'olive et prenez plein d'épices.

N'oubliez pas que c'est dans la durée que vous serez dans l'efficacité et votre motivation sera princeps ! Si vous avez de la peine à vous lancer ou si vous vous essouffez faites vous aider par un médecin nutritionniste ou votre thérapeute qui sait vous motiver « un thérapeute qui sait relancer la machine à pensées positives !! » et qui sait relancer votre motivation !

Et avec tout cela, sachez garder des moments festifs agréables conviviaux, en France, on partage de bons moments autour de la table !!

Malgré tout, votre taux de HDL doit être une priorité, alors si vous voyez que celui ci bouge peu, si vous voyez votre taux de LDL qui reste un peu trop haut (il doit être inférieur à 1,30 g/l ou inférieur à 1g/l si vous êtes diabétique), vous avez pour cela une solution phytothérapeutique pour vous aider : votre thérapeute pourra vous la proposer. La synergie contenue dans les plantes que compose **QuantaHDL** lui donne son effet pleiotrope soit un effet anti-inflammatoire, un effet protecteur endothélial et un effet antioxydant et hypocholestérolémiant. Vous pourrez optimiser les résultats que vous aurez obtenu avec les corrections de mode de vie que vous aurez déjà faite.

Si vous désirez plus de détails vous pourrez lire le livre du Dr Eric Menat « Vaincre le Cholestérol » aux éditions Grancher.

**Ne pas confondre le Tour de Taille et le Périmètre Ombilical !
En pratique : de profil, on palpe la crête iliaque et le rebord costal et à mi distance on pose le mètre ruban.**

Il ne faut pas se fier à l'ombilic qui peut être situé beaucoup trop bas. En fait, le repère c'est la quatrième lombaire (ce niveau est très précis et les médecins font des coupes par scanner afin de repérer la surface du tissu adipeux viscéral à ce niveau).

**Un Syndrome Métabolique avec Périmètre Abdominal sagittal élevé :
TRIPLE le risque relatif d'évènement coronaire
TRIPLE le risque de MORT SUBITE.
DOUBLE, voire multiplie jusqu'à 6 le risque de diabète.**

UN REGARD SUR LE SYNDROME METABOLIQUE - En forme de Billet d'Humeur Dr. Bernard Payrau - Médecin Homéopathe - Cardiologue

Le Syndrome Métabolique est un sujet qui tire son importance du fait qu'il se montre d'une actualité brûlante. Même s'il a toujours existé en tant que tel, aujourd'hui son omniprésence dans la presse médicale aussi bien que grand public nous impose de le connaître, de le reconnaître, de le traiter. Il devient urgent d'y réfléchir afin de trouver des stratégies à lui opposer. Mais avant d'agir, il est certainement utile d'y réfléchir pour ne pas tomber dans le piège devenu classique du médicament miracle récusé quelques temps plus tard pour faute d'efficacité ou pire, pour cause de toxicité. Alors sagement, hâtons-nous lentement au sein d'un monde de fous toujours pressés et qui mangent tellement vite qu'ils en perdent la sensation de satiété.

Syndrome Métabolique, question d'actualité

Si le Syndrome Métabolique est un sujet à la mode du jour, la réalité qui le sous-entend date sans doute de l'âge de l'humanité. Dans les années 20, on avait constaté que l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie et la goutte étaient souvent associées chez un même patient. Le concept d'insensibilité à l'insuline s'est constitué dans les années 30 (1). En France, le Dr Jean Vague, devenu depuis Académicien de Médecine publia en 1947 un article intitulé « La différenciation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité » (2), puis en 1956 une suite intitulée « The degree of masculine differentiation of obesities : a factor determining predisposition to diabetes, atherosclerosis, gout and uric calculous disease » (3). Un groupe de chercheurs Allemands travaillant sur l'athérosclérose pour déterminer un profil de patients dont le risque cardiovasculaire était élevé a créé le terme de syndrome métabolique dans les années 70. L'appellation Syndrome X est due à G.Reaven qui publie en 1988 un article dans lequel il relie à une résistance à l'insuline l'association hyperlipidémie, diabète et hypertension artérielle (1). Et voilà que, depuis quelques années, tout frétilant de sa prétendue nouveauté, il franchit l'Atlantique marqué du sceau de l'urgence et de l'impériosité, sous le nom retrouvé de Syndrome Métabolique. C'est sous ce nom que je l'avais rencontré lors de mes études de médecine au début des années 70. Etre un Ancien épargné par Aloïs (Alzheimer), permet d'avoir du recul, perspective souvent utile pour regarder une actualité qui se prétend souvent innovante! Telle est l'aventure de ce Syndrome Métabolique français émigré aux USA et de retour au pays.

Le Syndrome Métabolique est donc marqué par une obésité particulière en rapport avec un dysmétabolisme des hydrates de carbone. Si bien que Reaven lui-même a considéré en 2005 que la notion de résistance à l'insuline est un concept physiopathologique plus utile que le diagnostic de syndrome métabolique (4). En tout état de cause, cette obésité est consécutive à des erreurs nutritionnelles majeures et répétées. Certes, ces erreurs ont été commises en tout temps et en tous lieux. Les dévoreurs de pâtisseries fréquentant assidûment les salons de thé viennois ou parisiens, tout comme les grands amateurs de loukoums peuvent en attester. Mais l'époque moderne a favorisé l'éclosion d'une façon très particulière de s'alimenter, sodas, snacks, fast-food. Ces derniers contiennent des sucres cachés de telle sorte qu'ils induisent durant la digestion un pic d'hyperglycémie, auquel succède une hypoglycémie réactionnelle produisant une sensation de faim impérieuse. Cette dernière étant à son tour le moteur d'une nouvelle recherche de nourriture d'accès rapide. Le fast-food savamment conçu, produisant « so quickly » une grosse « petite faim » à satisfaire de toute urgence. Processus de « fidélisation » d'une population de consommateurs de plus en plus accros et de plus en plus obèses. Et dysmétaboliques par la même occasion. Donald avait fait rire les enfants du monde entier, de nos jours, Mac Donald les fait grossir, et souvent leurs parents avec. On ne sait qui, de l'agro-alimentaire ou des cigarettiers, a été l'inventeur de cette technique induisant la dépendance du consommateur, mais elle est diablement efficace.

Les responsables de la santé publique s'arrachent les cheveux, tentant de trouver des parades salvatrices. Il n'est que d'entendre les campagnes d'information sur l'obésité, notamment juvénile, de ces responsables, et de suivre les tractations entre pouvoirs publics et industriels de l'agro-alimentaire concernant les publicités télévisées sur toutes ces friandises destinées aux jeunes consommateurs. Sans oublier les distributeurs de barres en tous genres répandus dans les établissements scolaires. Outre atlantique on tente depuis de nombreuses années de ramener à des valeurs moins dangereuses poids, glycémie, triglycérides, LDL et HDL d'une population rétive. Il suffit de visiter les USA pour prendre la mesure des mauvaises habitudes alimentaires au nombre de grands obèses qu'on y croise. Il y a quelques années, un de mes amis Français, se régalaît au souvenir du gallon (environ 4,5l) d'ice-cream qu'il avait pu commander, et manger à lui tout seul, dans un établissement lors de son dernier voyage aux USA. Dans les temps de disette, être gros c'était une façon de démontrer au monde son opulence et sa réussite matérielle, et l'on pouvait certes en mourir. De nos jours, être gros n'est plus cette affirmation, c'est souvent le reflet d'un conformisme alimentaire. Aux dernières nouvelles, on recense dans le monde plus d'êtres humains obèses que de personnes souffrant de la sous-alimentation.

Le Syndrome Métabolique, sa réalité concrète pour le praticien.

Nous sommes dans une perspective où la médecine moderne a opéré un glissement stratégique fondamental, au plus grand profit de la population. Dans le temps, dès le début des études de médecine nous apprenions par cœur les signes cliniques de la pneumonie franche lombaire aiguë. Pour savoir la reconnaître et ... la traiter. Médecine curative de grand papa, qui certes n'a pas complètement disparu, mais cède progressivement le pas à une médecine préventive, médecine fondée sur l'observation et les statistiques, prévention de la maladie cardio-vasculaire par la maîtrise de ses facteurs de risques, conduisant le médecin à tenter de corriger ces facteurs. C'est-à-dire à soigner des bien-portants pour qu'ils augmentent leur pourcentage de chance de le rester, à terme. Eviter de soigner des maladies, en s'attelant à la correction des dysfonctionnements. Sans toutefois oublier que le remède ne doit jamais être pire qu'un mal ... statistiquement probable à terme, pour une personne donnée.

La science statistique affine l'approche : ce n'est plus de l'incidence d'un facteur comme le niveau de la pression artérielle qu'il s'agit, c'est de la superposition de plusieurs facteurs. Comme le soulignent les spécialistes du sujet, l'addition de 5 facteurs de risque de base constitue un nouveau facteur de risque complexe que l'on nomme Syndrome Métabolique. Et ce, à des valeurs cibles notoirement plus basses que lorsqu'elles sont considérées individuellement. Même si elle n'est pas fixée définitivement et qu'elle peut varier selon les pays ou selon les experts réunis pour en cerner la réalité, sa définition associe « classiquement » si l'on peut dire (5) : Pression artérielle systolique > 130 ou Pression artérielle diastolique > 85 ; Glycémie > 1 g/l ; HDL $< 0,4$ g/l chez l'homme ou $< 0,5$ chez la femme ; Tour de taille > 94 cm chez l'homme et > 80 cm chez la femme ; Triglycérides $> 1,5$ g/l. Mais ce consensus est encore susceptible d'évoluer. Ce que l'on sait c'est que si l'on n'en meurt pas directement, le syndrome métabolique contribue si fort aux complications de la maladie athéroscléreuse qu'il est promu au rang de grand pourvoyeur moderne d'accidents cardio-vasculaires.

Qui est le patient porteur du Syndrome Métabolique ?

Compte tenu de ce qui précède, on peut se représenter la personne comme un « malade » en état pré-diabétique. Ce sont donc des personnes dans un état "pré-quelque chose", prédiabète, prémaladie cardiovasculaire. Tout bien-portant est un malade qui s'ignore, nous disait le Dr Knock. Ce principe fort s'applique ici aussi. On a pu écrire plus sérieusement, qu'il faut « peut-être mieux s'occuper des "gros" qui "n'ont rien" (pas de diabète, pas d'HTA, cholestérol normal), tout en ayant "un peu de tout" (glycémie et tension "limite", triglycérides élevés).

Le problème est donc posé, qui ressemble à un casse-tête : il s'agit de soigner une maladie pas encore advenue, chez des personnes qui ne souffrent de rien, mais qui sont menacées d'accidents cardiovasculaires à terme et ne le savent pas. Ceci, dans un contexte où le mode de vie pousse tout un chacun à mal manger en s'assoupissant dans la sédentarité. A l'instar de certains téléphiles qui grignotent des snacks, riches en sucres rapides et/ou en sel, devant leur écran, des heures entières chaque jour.

On conçoit dès lors qu'il faille inciter les personnes à modifier leur mode de vie et à les y aider par tous les moyens possibles. Le traitement du Syndrome Métabolique est l'exemple parfait des puissants effets d'une modification des habitudes de vie. Si les effets des changements alimentaires et des habitudes de vie combinés existaient en pilule, on la qualifierait, à juste titre, de pilule miracle (7). Les approches naturelles sont les plus indiquées : correction hygiéno-diététique et compléments naturels, c'est l'évidence. Mais l'approche psychologique est coriace. Car comment obtenir d'une personne qui n'en ressent pas la nécessité, qu'elle perde des habitudes qui, par malchance, sont celles qui prévalent de plus en plus dans le monde qui les entoure ? Qu'elle accepte de faire un retour à des référentiels mieux accordés à la physiologie humaine dont elle ignore tout ou presque. Sans pouvoir se cacher derrière la malchance de l'hérédité. En effet, selon E. Ravussin (8), le facteur génétique intervient pour un tiers seulement (cette proportion varie suivant les études). Le mécanisme de cette obésité fait appel à un équilibre entre l'énergie absorbée (qui dépend de l'alimentation) et l'énergie dépensée (qui dépend du métabolisme basal, de la thermogénèse adaptative et de l'activité physique). Toutefois, cet équilibre est modulé par des facteurs socioéconomiques, politiques, culturels, psychologiques, etc.

Et que faire ?

Il est certainement utile de mettre à profit toute aide simple et encourageante pour le patient. Et sans aucun doute s'appuyer sur les courants les plus forts qui parcourent la société et qui vont dans ce sens.

1 - A cet égard, l'attrait grandissant pour les compléments naturels, à condition qu'ils soient de qualité et bien conseillés.

2 - Mais aussi le recul relatif de l'attrait pour l'automobile au profit des courts déplacements à pied, à vélo dans les grandes villes. La promotion des activités sportives de loisir et de vacances, en sachant proposer aussi des activités physiques non sportives aux réfractaires à l'esprit sportif (la danse par exemple).

3 - En ce qui concerne l'alimentation, beaucoup est à faire. Plus que l'application de régimes, il importe d'instituer un nouvel ordre alimentaire, de repenser la nutrition avec la personne concernée, comme le préconise le GROS -Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids- (9).

Tout d'abord, la réduction des apports sodés, nécessité qui a été fort bien mise en valeur depuis quelques années. Pointant du doigt les préparations culinaires industrielles outrageusement salées pour nombre d'entre elles.

Mais aussi la nécessité d'absorber des aliments à l'index glycémique le plus bas possible. La aussi, comme les sodas en sont un bel exemple, la tendance à l'utilisation de composants à fort index glycémique est générale (high fructose corn syrup ou HFCS). Ces dernières années, notamment aux États-Unis, le saccharose a été progressivement remplacé par le fructose comme édulcorant dans les boissons, les pâtisseries et autres denrées alimentaires sucrées. Les données épidémiologiques des États-Unis trahissent une évolution parallèle entre l'augmentation rapide de l'obésité et l'adjonction de fructose (10). En ce qui concerne la pratique française, le succès qu'avait remporté le régime dit Montignac est instructif. Car en proposant des aliments à index glycémique bas, il avait démontré que c'était « possible » de manger plaisamment, y compris au restaurant et de maîtriser son poids.

L'accent est porté aussi, sur l'intérêt d'augmenter la consommation de fibres alimentaires que fruits, légumes, céréales complètes apportent. Leur intérêt est de contribuer à la réduction du poids et de la pression artérielle.

Enfin, faire remonter les HDL par le choix des bonnes graisses alimentaires, réduction des graisses saturées, éviction des acides gras trans (11), introduction ou augmentation de la consommation de poisson, d'huile d'olive et d'huiles riches en oméga 3.

En guise de conclusion

La question de l'obésité apparaît donc centrale dans le Syndrome Métabolique. La prise en charge de l'obésité est donc primordiale, avec toutes ses difficultés. La comparaison avec le tabagisme s'imposait dans le fait de l'addiction savamment induite par l'industrie. Mais la grande différence, sur le plan thérapeutique, c'est qu'on peut vivre sans fumer, mais certainement pas sans manger, et que la confrontation pluriquotidienne avec la nourriture est une difficulté spécifique que rencontre l'obèse en sevrage des sucres rapides.

Toutefois, en compensation à cette difficulté, la fonction métabolique peut nous venir en aide. En quelque sorte, c'est la revanche du métabolisme sur le psychisme :

Le pancréas qui cesse de déclencher des hypoglycémies réactionnelles et génératrices de fringales ... sucrées ! Un pancréas réjoui et apaisé d'être beaucoup moins sollicité par des repas qui ne sont plus générateurs de marées hyperglycémiques post-prandiales.

Les protéines plus abondantes dans les repas et qui viennent à point déclencher la production d'un facteur de satiété réduisant ainsi la sensation de devoir se remplir.

Et puis, les nouvelles (bonnes) habitudes jouent leur rôle. Sachant que la fréquentation de ses habitudes chéries est sécrétrice d'endorphines, après quelque temps de cette nouvelle façon de s'alimenter, l'accoutumance vient en aide avec ses neurohormones. Le rôle des thérapeutes étant d'offrir toute l'aide possible en soutien de l'effort volonté des patients.

Enfin, peut-être la possibilité de se consoler avec du café ! Selon une étude menée par une équipe de scientifiques japonais, réalisée sur près de 2.000 personnes de plus de 40 ans, la consommation de café serait inversement associée à l'apparition du syndrome métabolique (12). A quand la même observation avec le chocolat noir ?

Bibliographie

1 - Le « Syndrome Métabolique » : Une construction artificielle inutile aux soins. Synthèse élaborée collectivement par la rédaction de la revue ; Rev Prescrire 2006 ; 26 (273) : 444-447.

2 - Vague J. La différenciation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité. Presse Méd 1947, 55 : 339-340.

3 - Vague J. The degree of masculine differentiation of obesity : a factor determining predisposition to diabetes, atherosclerosis, gout and uric calculous disease. Am J Clin Nutr 1956, 4: 20-34.

4 - Reaven G.M. The Metabolic Syndrome: requiescat in pace. Clin Chem 2005; 51 (6): 931-938.

5 - Consensus 2005 de l'International Diabetes Federation.

6 - Fontbonne A. D'où vient l'idée de « Syndrome Métabolique » ? Séminaire AGRUMES - MONTPELLIER - 25 Mai 2007. Sur le site : <http://www.agropolis.fr/pdf/sm/Fontbonne.pdf>

7 - Lépine P. médecin réviseur du Syndrome Métabolique (Syndrome X). Sur le site <http://www.passeportsante.net/fr>.

8 - Rapporté dans DNID-Diabète de type 2. Au commencement était le Syndrome Métabolique. Congrès mondial du diabète de Mexico 2000. Sur le site , consulté le 10 septembre 2007.

9 - Le « diététiquement correct » ne fait pas l'unanimité. Panorama du médecin 2006 ; 5035 : 61-62.

10 - Berneis K, Keller U. L'augmentation de la consommation de fructose responsable du Syndrome Métabolique ? Forum Med Suisse 2006 ; 6 : 187-189.

11 - AFSSA Questions - Réponses sur les acides gras trans. Sur le site : <http://www.afssa.fr/ftp/afssa/basedoc/QR.pdf>

12 - Hino A, Adachi H, Enomoto M et al. Habitual coffee but not green tea consumption is inversely associated with Metabolic Syndrome : an epidemiological study in a general Japanese population. Diabetes Res Clin Pract 2007; 76: 383-9.

notes



www.phytoquant.net

PhytoQuant - Le Montaigne, 6 Boulevard des Moulins - MC 98000 Monaco
*Numéro vert (appel gratuit) **0805 11 03 27** • Numéro vert fax **0800 90 48 61***