

Acides gras insaturés oméga 6 Font-ils augmenter le risque d'infarctus ?

Il faut privilégier les graisses végétales, car elles contiennent une importante proportion d'acides gras insaturés ! C'est un message inculqué depuis des décennies, et que les associations de professionnels de la nutrition continuent de propager toujours et encore. À cet égard, l'acide linoléique conjugué, un acide gras essentiel oméga 6, est considéré comme particulièrement précieux car il fait baisser la cholestérolémie et protégerait de ce fait de l'infarctus du myocarde. Il faudrait donc faire la part belle aux graisses riches en acide linoléique, comme les huiles de tournesol, de carthame, de germe de maïs ou de soja, ainsi que les margarines élaborées à partir de celles-ci, mais limiter la consommation de graisses animales. Une méta-analyse récente des études diététiques cliniques menées jusqu'à maintenant indique cependant que cette recommandation largement répandue est dépourvue de fondement scientifique, voire qu'un apport élevé de graisses riches en oméga 6 pourrait même nuire à la santé (1).



Des études d'intervention diététiques ont été effectuées des années 60 au début des années 90 du siècle dernier pour savoir si la substitution des graisses à haut pourcentage d'acides gras saturés par des graisses végétales riches en acides gras oméga 6 pouvait protéger des cardiopathies coronariennes. Il s'agissait principalement d'études de prévention secondaires impliquant des patients ayant eu un infarctus du myocarde ou de personnes à haut risque.

De l'avis des associations professionnelles comme la American Heart Association (AHA), les résultats obtenus constituent une preuve convaincante de l'efficacité des recommandations diététiques en question (2). Les associations européennes se sont ralliées à la position de l'AHA.

Or, durant les dernières décennies, les études d'intervention évoquées plus haut ont été à maintes reprises vivement critiquées sur le plan méthodologique. Ainsi, certaines d'entre elles n'étaient pas randomisées, ou le groupe soumis au régime et le groupe témoin n'étaient pas traités de la même manière, ou alors dans l'un des groupes, la médication était plus intensive.

Plus récemment, le docteur Christopher Ramsden de la Division des neurosciences nutritionnelles de l'Institut national de la santé (NIH, Bethesda, Etats-Unis) ainsi que ses



collaborateurs ont effectué un véritable travail de détective, au moyen des documents retrouvés, pour déterminer les conditions dans lesquelles les études avaient été menées autrefois, et en particulier sur la composition des graisses utilisées.

Une telle procédure est justifiée par le fait qu'à l'époque, on utilisait parfois pour la fabrication de la margarine des huiles de poisson contenant une proportion non négligeable d'acides gras oméga 3. Or ceux-ci, comme il a maintenant été scientifiquement prouvé, ont dans la prévention secondaire un effet cardio-protecteur qui n'est pas explicable par une baisse du taux de cholestérol. En outre, la nourriture habituelle contenait des graisses à haute teneur en acides gras trans, dont les représentants provenant des graisses hydrogénées sont connus pour faire augmenter le risque d'infarctus du myocarde.

La méta-analyse menée par Ramsden et son équipe a fait apparaître que seules sept études avaient été contrôlées et randomisées et satisfaisaient donc aux exigences méthodologiques actuelles. Une étude était divisée en deux branches, selon le sexe. Ce qui fait qu'en tout huit séries de données ont été utilisables pour la méta-analyse.

Les recherches ont permis à Ramsden et à ses collaborateurs de montrer que, dans plusieurs études, l'intervention dans les groupes de régime n'avait pas uniquement consisté à remplacer les acides gras saturés par des graisses riches en acide linoléique ou en acides gras oméga 6. En effet, l'apport d'acides gras oméga 3 avait parallèlement été significativement augmenté. Par ailleurs, l'utilisation de graisses et d'huiles non hydrogénées dans les groupes d'intervention diététique avait notablement abaissé l'apport d'acides gras trans par rapport au groupe témoin. Ainsi, dans les huit cas, l'étude élude la question posée.

Ramsden et ses collaborateurs ont donc évalué séparément les branches de l'étude en fonction du type de substitution lipidique :

- Quatre branches intervenant uniquement avec des oméga 6,
- Quatre branches utilisant un mélange d'acides gras oméga 6 et oméga 3.

Cette évaluation différenciée a révélé des différences claires en ce qui concerne les résultats cliniques significatifs :

- Le remplacement des acides gras saturés par des AGPI oméga 6 a entraîné une augmentation de 13 % du taux d'« infarctus du myocarde non léthal et léthal » ! En outre, la mortalité globale a augmenté de 16 %. Toutefois, ces chiffres ne sont pas statistiquement significatifs.
- Le remplacement des acides gras saturés par des AGPI oméga 6 et oméga 3 a entraîné une baisse significative de 22 % du taux d'« infarctus du myocarde non léthal et léthal », ainsi qu'une baisse non significative de 8 % de la mortalité globale.
- L'évaluation commune des 8 branches de l'étude a indiqué une baisse marginalement significative du taux d'« infarctus du myocarde non léthal et léthal » et aucun effet sur la mortalité globale.

L'effet préventif n'a par conséquent été constaté que lors de la substitution par des acides gras oméga 3, parallèlement à une diminution de l'apport d'acides gras trans. Résultat qui indique en outre que l'acide linoléique ou les graisses riches en acides gras oméga 6 n'ont aucun effet préventif ! Bien au contraire : l'apport des seuls acides gras oméga 6, en substitution des acides gras saturés et trans, a plutôt tendance à faire augmenter le risque d'infarctus et la mortalité ! Il apparaît donc que les associations professionnelles attribuent aux acides gras oméga 6 l'effet en réalité obtenu grâce aux acides gras oméga 3 alliés à la suppression des acides gras trans.



Le docteur Ramsden et son équipe sont donc parvenus à la conclusion que toutes les études qui avaient pour but d'analyser la substitution des acides gras saturés par des AGPI oméga 6 ne convenaient absolument pas pour résoudre cette question. Ils soulignent par ailleurs qu'il faudrait revoir de toute urgence les recommandations bien établies, étant donné que les données actuelles ne laissent inférer pour la santé aucun avantage, mais plutôt un risque potentiel (1).

En clair, ces résultats montrent que les recommandations nutritionnelles largement répandues depuis des décennies reposent sur des erreurs d'évaluation patentées. Dans son éditorial, le *professeur Philip Calder* de l'Institut d'alimentation humaine de l'Université de Southampton (GB) souligne également cet état de fait (3). Il rappelle à ce propos que les besoins en acide linoléique correspondent à environ un pour cent de l'apport énergétique, alors que dans les pays occidentaux, l'apport est à l'heure actuelle de 5 à 8 pour cent, soit de 10 à 15 grammes par jour. Cet apport abondant renforce la tendance à l'oxydation des lipoprotéines. Or, le cholestérol LDL oxydé est considéré comme pro-athérogène. En outre, en raison de la forte diminution de l'apport d'oméga 3, l'alimentation moderne présente un rapport déséquilibré entre les oméga 6 et 3, ce qui favorise la tendance aux thromboses et aux inflammations, et donc le risque de cardiopathies coronariennes (4).

Ce point de vue est par ailleurs étayé par une méta-analyse d'études épidémiologiques. En 2009, le *docteur Murray Skeaff*, du département de nutrition humaine de l'Université d'Otago (Dunedin, Nouvelle-Zélande), a publié sur mandat de l'OMS/FAO une analyse des études d'observation de longue durée ou études de cohorte. Les résultats ont montré que l'augmentation de la consommation d'acides gras polyinsaturés oméga 6 « particulièrement précieux » était corrélée avec une augmentation statistiquement significative du taux d'infarctus du myocarde létaux. Cette découverte n'a jusqu'ici été commentée par aucune association professionnelle (5).

Résumé

Il est donc urgent de lancer un nouveau débat scientifique sur les conséquences de la substitution des acides gras saturés par des graisses riches en acide linoléique.

Bibliographie

1. Ramsden CE, Hibbeln JR, Majchrzak SF, Davis JM. n-6 fatty acid-specific and mixed polyunsaturate dietary interventions have different effects on CHD risk: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Nutr* 2010;104(11):1586-600.
2. Harris WS, Mozaffarian D, Rimm E, et al. Omega-6 fatty acids and risk for cardiovascular disease: a science advisory from the American Heart Association Nutrition Subcommittee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2009;119(6):902-7.
3. Calder PC. The American Heart Association advisory on n-6 fatty acids: evidence based or biased evidence? *Br J Nutr* 2010;104(11):1575-6.
4. Calder PC, Deckelbaum RJ. Harmful, harmless or helpful? The n-6 fatty acid debate goes on. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2011;14(2):113-4.
5. Skeaff CM, Miller J. Dietary fat and coronary heart disease: summary of evidence from prospective cohort and randomised controlled trials. *Ann Nutr Metab* 2009;55(1-3):173-201.

Pour de plus amples informations

Fédération des Producteurs Suisses de Lait PSL
Swissmilk
Relations publiques /Centre de compétences « lait »
Susann Wittenberg
Nutritionniste B.Sc.
Weststrasse 10
3000 Berne 6

Téléphone 031 359 57 57
factsandnews@swissmilk.ch
www.swissmilk.ch

Maillaiter mai 2011



Suisse. Naturellement.

www.swissmilk.ch