

Les milieux spécialisés recommandent une alimentation à faible charge glycémique

Dans ses dernières directives, l'«International Diabetes Federation» (IDF) a montré qu'une forte augmentation de la glycémie postprandiale est un facteur de risque indépendant pour le syndrome coronarien aigu, qui reste encore la cause de décès la plus fréquente dans le monde occidental. Avant les médications modernes, ils recommandent encore comme thérapie de première intention une alimentation à faible «charge glycémique» (1).

Dans la pratique clinique, le diagnostic du syndrome coronarien aigu recouvre toutes les phases des maladies coronariennes qui représentent un risque mortel immédiat: l'angine de poitrine instable, l'infarctus du myocarde aigu et l'arrêt cardiaque. Précisons toutefois que les limites entre ces différentes pathologies sont floues. Les facteurs de risque traditionnellement évoqués sont le tabac, l'hypertension, l'hyperlipidémie, le diabète sucré, l'adiposité, la sédentarité, le mauvais stress ainsi que le psychisme. De nombreuses études récentes ont souligné de plus en plus souvent que l'augmentation de la glycémie était un facteur de risque indépendant, déjà pour le non-diabétique. Dans une mise au point, l'American Heart Association (AHA) a récemment confirmé que l'hyperglycémie postprandiale (HGPP) était un facteur de risque indépendant pour ce type de maladie, critiquant en même temps le déficit de savoir sur l'impact de ce facteur et soulignant la nécessité d'un traitement (2).

L'IDF a dressé une liste détaillée des pathologies pour lesquelles la HGPP constitue en lui-même un facteur de risque indépendant:

- Pathologies macrovasculaires (des gros vaisseaux), avec le niveau d'évidence le plus élevé, à savoir 1+
- Rétinopathie (diverses pathologies rétinienne), avec un niveau d'évidence de 2+
- Épaississement de l'intima media, avec un niveau d'évidence de 2+
- Stress oxydatif, inflammations et dysfonction endothéliale, avec un niveau d'évidence de 2+
- Hypovolémie et diminution du débit cardiaque, avec un niveau d'évidence de 2+
- Cancers, avec un niveau d'évidence de 2+
- Défaillance de la mémoire chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2, avec un niveau d'évidence de 2+.



L'augmentation postprandiale de la glycémie peut être influencée par toute une série de facteurs, en particulier le degré de résistance à l'insuline et la capacité du pancréas à produire de l'insuline. De même, la quantité et la qualité des glucides influencent de manière décisive la glycémie après les repas. Par «qualité», on entend de manière générale l'effet glycémiant standardisé d'un glucide, exprimé par la valeur de l'index glycémique (IG).

La quantité de glucides apportés par un repas a une influence encore plus décisive (env. 57 %) sur la HGPP que la qualité de ces glucides (env. 37 %) (3).

Cumulés dans la valeur de la «charge glycémique» (CG), ces deux facteurs déterminent à environ 90 % la HGPP. (3). Les 10 % restants de l'incidence d'un repas sur la glycémie postprandiale sont imputables aux corps gras et aux protéines.

Traitement de première intention

Au titre de traitement de **première intention**, l'IDF préconise un **abaissement de la CG** avant même la médication, et ce avec un niveau d'évidence de 1+ (1). Il existe dans la réalité un rapport linéaire dose-dépendant entre la CG, d'une part, et le taux de glycémie postprandiale ainsi que celui de l'insulinémie postprandiale sur 2 – 5 heures, d'autre part. Plus la CG d'un repas composé est élevée, plus les deux valeurs en question sont élevées (4). Inversement, un abaissement de la CG – par une réduction marquée des apports glucidiques, c'est-à-dire une diminution à 20 - 30 % des apports caloriques et par la substitution de presque tous les féculents par des légumes, des salades, des légumineuses, des baies et des champignons pauvres en amidon ou exempts d'amidon, l'accent étant mis sur les protéines et les lipides - entraîne un abaissement spectaculaire de la HGPP (5, 6).

Les **méta-analyses** de l'étude de métabolisme en question montrent que de manière générale, une diminution de la CG provoque également un abaissement de la glycémie à jeun, des taux de l'hémoglobine HBA1c et des protéines glycosylées ainsi que des triglycérides, de même qu'une perte de poids; chez les sujets résistants à l'insuline, la diminution de la charge glycémique fait baisser le taux d'insuline à jeun, et chez les obèses et les diabétiques de type 2, elle diminue la résistance à l'insuline. Ces effets sont d'autant plus marqués que le trouble du métabolisme glucidique en présence est sévère (7, 8).

À noter qu'un bilan des connaissances acquises à ce jour dans ce domaine a été publié récemment dans un rapport de la plus importante institution de médecine factuelle. Dans le Cochrane-Review, les scientifiques aboutissent à la conclusion que les régimes avec une faible charge glycémique font baisser plus efficacement le poids corporel, la masse corporelle, le taux de graisse corporelle, de même que le taux de cholestérol total et LDL par rapport aux régimes couramment recommandés, pauvres en lipides et



Suisse. Naturellement.



www.swissmilk.ch

riches en glucides. Les auteurs relèvent par ailleurs que ce type de régime est tout à fait conciliable avec nos habitudes de vie (9).

La plus longue étude d'intervention jamais réalisée sur des diabétiques de type 2 avec une baisse de la CG a été publiée dernièrement (10). Après une phase d'intervention de 6 mois, les patients préalablement mis au courant étaient livrés à eux-mêmes. Au bout de 44 mois, une supériorité très nette du régime réduit et modifié en glucides pouvait encore être constaté par rapport au régime conventionnel, sur le plan de la glycémie comme pour d'autres paramètres de santé.

Conclusion

Les données disponibles à ce jour prouvent que les recommandations prônant depuis des dizaines d'années une alimentation riche en glucides et relativement pauvre en protéines et en lipides – consignes qui s'adressent à tous les sujets, jeunes et vieux, physiquement actifs ou non, malades et bien portants, diabétiques et sportifs amateurs minces et en bonne santé – peuvent être erronées, physiologiquement parlant. Il importe en effet de différencier les cas, le groupe cible de sujets obèses, résistants à l'insuline, avec un syndrome métabolique et des maladies secondaires, devant être le premier à adopter une alimentation à faible charge glycémique.

Document de consensus 2008

C'est ainsi que quatre spécialistes allemands défendant des positions très différentes ont récemment co-signé un «document de consensus 2008»: il s'agissait du professeur Volker Pudel de Göttingen, psychologue de la nutrition et ancien président de la DGE, du docteur Hardy Walle de Kirkel (Sarre), spécialiste de médecine interne et nutritionniste, du professeur Hermann Liebermeister de Neunkirchen (Sarre), diabétologue (commission établissant les directives de la Deutsche Adipositas Gesellschaft) et du docteur Nicolai Worm, de Munich, écotrophologue.

Ce document recommande une réduction des apports glucidiques de 5 - 15 % et une augmentation des apports protéiniques de 5 - 15 %. Une alimentation modérément low-carb (constituée d'environ 20 à 30 % de protéines ainsi que de 30 à 40 % de lipides et de glucides) possède un rapport nutritionnel qui mérite, plus que l'alimentation traditionnelle, la dénomination d'«alimentation composée équilibrée». Chez les patients souffrant de surpoids, d'insulino-résistance, du syndrome métabolique et du diabète de type 2 – et de la HGPP et hyperinsulinémie associées à ces pathologies, d'hypertension artérielle et de dyslipoprotéïnémie typique avec faibles valeurs HDL, taux élevés de triglycérides et une forte proportion de petites particules denses LDL – le traitement recommandé est une augmentation supplémentaire de la part lipidique à 40 – 50 % des apports énergétiques en compensation d'une diminution des glucides à 20 – 30 % des apports caloriques.

<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/adipositas/?sid=500465>
Prise de position de la DGE



Suisse. Naturellement.



www.swissmilk.ch

Bibliographie

1. Ceriello A, Colagiuri S, Gerich J, Tuomilehto J. Guideline for management of postmeal glucose. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2008;18:S17-33.
2. Deedwania P, Kosiborod M, Barrett E, et al. Hyperglycemia and acute coronary syndrome: a scientific statement from the American Heart Association Diabetes Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2008;117:1610-9.
3. Wolever TM, Yang M, Zeng XY, Atkinson F, Brand-Miller JC. Food glycemic index, as given in glycemic index tables, is a significant determinant of glycemic responses elicited by composite breakfast meals. *Am J Clin Nutr* 2006;83:1306- 2.
4. Galgani J, Aguirre C, Diaz E. Acute effect of meal glycemic index and glycemic load on blood glucose and insulin responses in humans. *Nutr J* 2006;5:22.
5. Gannon MC, Nuttall FQ. Control of blood glucose in type 2 diabetes without weight loss by modification of diet composition. *Nutr Metab (Lond)* 2006;3:16.
6. Nuttall FQ, Gannon MC. Dietary management of type 2 diabetes: a personal odyssey. *J Am Coll Nutr* 2007;26:83-94.
7. Livesey G, Taylor R, Hulshof T, Howlett J. Glycemic response and health a systematic review and meta-analysis: relations between dietary glycemic properties and health outcomes. *Am J Clin Nutr* 2008;87:258S-68S.
8. Livesey G, Taylor R, Hulshof T, Howlett J. Glycemic response and health a systematic review and meta-analysis: the database, study characteristics, and macronutrient intakes. *Am J Clin Nutr* 2008;87:223S-36S.
9. Thomas DE, Elliott E, Baur L. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD005105.
10. Nielsen JV, Joensson EA. Low-carbohydrate diet in type 2 diabetes: stable improvement of bodyweight and glycemic control during 44 months follow-up. *Nutr Metab (Lond)* 2008;5:14.

Pour de plus amples informations

Fédération des Producteurs Suisses de Lait PSL
Swissmilk
Relations publiques /Centre de compétences «lait»
Regula Thut Borner
Diététicienne diplômée ES
Weststrasse 10
3000 Berne 6

Téléphone 031 359 57 58
factsandnews@swissmilk.ch
www.swissmilk.ch

Mailaiter septembre 2008



Suisse. Naturellement.

www.swissmilk.ch