

Alimentation de la femme à partir de 45 ans Recommandations actuelles pour la péri- et post- ménopause

Vers 45 ans, le taux des hormones sexuelles importantes régissant le cycle de la femme, soit les œstrogènes et la progestérone, commence à baisser, et elle perd sa capacité de procréer. Le changement hormonal s'étend sur plusieurs années et s'accompagne souvent de troubles somatiques. De plus, les changements du métabolisme dus au régime hormonal entraînent souvent une prise de poids indésirable, si bien que des interventions alimentaires sont nécessaires.



La prise de poids est le symptôme dominant de la ménopause et le problème le plus souvent évoqué par les femmes. Elle peut être provoquée par divers facteurs, principalement par la baisse globale des besoins en énergie suite au ralentissement du métabolisme de base. Avec l'âge, la masse musculaire métaboliquement active diminue – presque de moitié entre la troisième et la huitième décennie (5) et l'action faiblissante des œstrogènes favorise la prise de poids. Les œstrogènes agissent de diverses manières dans l'organisme. De récentes découvertes ont révélé qu'ils influencent notamment la régulation de la faim et de la satiété en augmentant l'effet de la cholécystoquinine et en freinant la libération de l'hormone GIP (peptide insulino-tropique glucose-dépendant). Or, le GIP stimule l'appétit par la stimulation du neuro-peptide Y (NPY) et favorise en même temps la sédentarité. La baisse de la

production d'œstrogènes va donc de pair avec une augmentation de l'appétit et une tendance à faire moins d'efforts physiques (1).

De plus, les femmes doivent souvent accomplir pendant cette période de leur vie des prouesses d'adaptation dans le domaine psychosocial, par exemple sur le plan familial, lorsque les enfants quittent la maison (syndrome du nid vide), et vivent des changements de leur situation professionnelle. Ou alors ce sont les parents qui deviennent dépendants. Ces facteurs peuvent également avoir un impact négatif sur les comportements alimentaires et le mouvement.

Conséquences possibles sur le métabolisme

Le déclin de la production d'œstrogènes s'accompagne souvent chez la femme post-ménopausée d'une redistribution de la graisse périphérique au profit de la graisse abdominale. Cette accumulation accrue de graisse viscérale survient souvent de façon abrupte et fait augmenter chez les femmes en surpoids le risque de complications d'ordre métabolique.

Parmi celles-ci, il faut citer une dyslipoprotéinémie avec augmentation des paramètres des lipides sanguins (hausse des triglycérides sériques et du cholestérol LDL, baisse du cholestérol HDL). De même, la prévalence du développement d'une résistance périphérique à l'insuline et d'un diabète de type 2 augmente. Il en résulte un risque accru de maladies cardiovasculaires (hypertension, infarctus) (4, 5). Pendant la ménopause, le risque s'accroît encore par l'affaiblissement de l'effet protecteur des œstrogènes sur les vaisseaux (vasodilatation).

Pré-ménopause: phase fertile avant le début de la ménopause. À la fin de cette phase, qui survient en moyenne entre 45 et 48 ans, interviennent de premiers changements hormonaux.

Péri-ménopause: phase correspondant au début des «saignements irréguliers», c'est-à-dire précédant et suivant les dernières règles (en moyenne à partir de 48 ans).

Post-ménopause: période suivant les dernières règles (en moyenne après 51 ans) (4).

Importance des interventions alimentaires

Pendant cette période, le but des interventions alimentaires chez les femmes devrait être de stabiliser le poids et d'éviter le surpoids (supplémentaire). Une réduction pondérale est indiquée en cas d'IMC ≥ 30 , ou alors d'IMC de 25-30 associé à des valeurs induites par le surpoids à l'examen médical (hypertension, statut des lipides défavorable, diabète de type 2). En Suisse, 36,1 % des femmes dans la tranche d'âge de 45-54 ans sont atteintes de surpoids ou d'obésité (état en 2017), et sont de ce fait exposées à un risque accru de développer ces pathologies (2).

Souvent, les femmes testent alors de leur propre initiative des régimes néfastes qui peuvent occasionner des carences nutritionnelles. Une restriction prolongée d'aliments d'origine animale provoque ainsi un déficit d'apport de protéines et de calcium, ainsi que de zinc et de vitamines du complexe B. En même temps, elle provoque une fonte musculaire accrue et par conséquent un ralentissement supplémentaire du métabolisme de base, avec risque de nouvelle prise de poids.

Des stratégies pertinentes de réduction pondérale passent par la pyramide alimentaire, et assureront un apport suffisant de légumes et de fruits, de céréales complètes et de sources de protéines comme la viande, le poisson, le lait et les produits laitiers. Les produits prêts à la consommation riches en graisses et en sucres devraient être évités. Les apports de matière grasse peuvent également être réduits par un

changement des modes de cuisson. Il s'agit donc de consommer moins de mets rôtis, en friture ou panés, mais plus d'aliments préparés à l'étuvée, à la vapeur ou braisés.

L'exercice physique facilite considérablement le contrôle pondéral, car il s'accompagne d'une augmentation de la masse musculaire métaboliquement active. Toutefois, une pratique accrue du sport ne suffit généralement pas à elle seule à faire maigrir. En effet, de nombreuses femmes en surpoids perdent, avec le retour d'âge, une partie de leurs aptitudes physiques (problèmes d'articulations, de souffle), ou alors elles surestiment leurs dépenses d'énergie si bien qu'elles consomment de nouveau trop de nourriture. C'est pourquoi l'exercice physique visant la réduction pondérale devrait toujours s'accompagner d'un changement d'alimentation (5).

Chez les femmes, la prise de poids due à l'âge commence souvent au début de la péri-ménopause. À partir de ce moment, les besoins énergétiques diminuent d'environ 100 kcal/jour (3). La consultation diététique devrait en l'occurrence inciter préventivement les femmes à changer de mode de vie et d'habitudes alimentaires à partir de 45 ans déjà.

Garder une ossature saine avec des aliments riches en calcium

Chez les femmes, le risque d'ostéoporose et de fractures augmente avec le début de la post-ménopause. Elles doivent par conséquent faire très attention à absorber suffisamment de calcium, qui contribue à préserver la densité osseuse. Les sources alimentaires de calcium comme le lait et les produits laitiers sont à préférer à la supplémentation calcique. En effet, les laitages contiennent d'autres précieux nutriments bénéfiques à l'ossature et aux muscles, en particulier des protéines. Selon de nouvelles découvertes, les suppléments de calcium à haute dose font augmenter le risque cardiovasculaire, ce qui n'est pas le cas des aliments riches en calcium. Par ailleurs, les compléments alimentaires apportant du calcium font diminuer l'absorption intestinale des phosphates, ce qui peut affecter l'équilibre calcium-phosphates nécessaire à la minéralisation des os, et même favoriser la fonte osseuse lors de faibles apports alimentaires de phosphates. Les produits laitiers fournissent quant à eux aussi bien du calcium que des phosphates, et ce en proportions idéales (5). Des suppléments de vitamines D sont par contre recommandés: contrairement au calcium, les besoins en vitamine D ne peuvent être que difficilement couverts avec l'alimentation. La vitamine D joue un rôle-clé dans le métabolisme du calcium et elle est nécessaire à la minéralisation de l'ossature. (5).

Résumé

Afin de prévenir une prise de poids indésirable, les femmes devraient réfléchir dès le début de la péri-ménopause à leurs comportements alimentaires et adapter leur alimentation à la baisse de leurs besoins en énergie. On évitera les régimes restrictifs, qui ont souvent un impact négatif sur la masse musculaire métaboliquement active. Pour la conservation de la masse osseuse et musculaire, l'apport de produits laitiers est, dans cette phase de la vie précisément, un point très important et il est à préférer à la supplémentation calcique.

Bibliographie

1. Pfeiffer, AFH und Keyhani-Nejad , F. High Glycemic Index Metabolic Damage - a Pivotal Role of GIP and GLP-1. Trends Endocrinol Metab. 2018.
2. Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement des Inneren EDI. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Übergewicht und Adipositas, 2017. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, 2017.

3. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. s.l.: D-A-CH Gesellschaften für Ernährung, 2015.
4. Rieger, Lorenz, Kämmerer, Ulrike und Singer, Dominique. Klimakterium und Menopause. In: Pape H, Kurtz A, Silbernagl S. [Hrsg.] Physiologie. s.l.: Thieme, 2018.
5. Biesalski, Hans Konrad, Bischoff, Stephan C und Weimann, Arved. Ernährungsmedizin. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2018. S. 385, 630, 639.

Auteurs

Elisabeth Bühler-Astfalk, nutritionniste diplômée
Bühler Human Nutrition, 8451 Kleinandelfingen
052 659 22 69, elisabeth.buehler@bluewin.ch

Newsletter pour les professionnels de la nutrition, février 2020