

L'alimentation méditerranéenne au goût du Québec

Présentation d'un cas de dyslipidémie

Un homme âgé de 51 ans vous consulte car il souffre de dyslipidémie. Il est sédentaire et il a des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires.

Voici d'autres renseignements à son sujet :

Poids : 67 kg

Indice de masse corporelle : 25

Tour de taille : 91 cm

Glycémie : 4,8 mmol/L

Bilan lipidique :

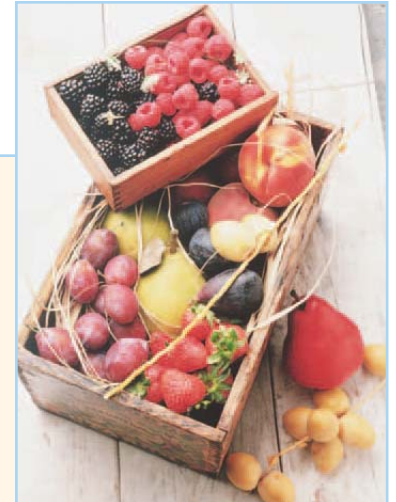
Cholestérol total : 5,44 mmol/L

Cholestérol LDL : 3,71 mmol/L

Cholestérol HDL : 1,23 mmol/L

Triglycérides : 1,07 mmol/L

Ratio cholestérol/cholestérol HDL : 4,42



Lors du relevé alimentaire, je constate une alimentation peu équilibrée, riche en gras (une bonne partie sont des gras saturés et trans), faible en fibres alimentaires, modérée en suceries et en sel. Alcool : une coupe de vin par jour. Face à ces constatations, je l'initie à l'alimentation de type méditerranéen.

Durant le suivi, qui consiste en cinq rencontres toutes les trois semaines, le patient devra travailler les points suivants :

- Son équilibre alimentaire
- Restreindre les gras saturés et trans
- Augmenter sa consommation d'oméga-3
- Augmenter sa consommation de fibres solubles
- Introduire l'activité physique

Voir la discussion du cas en page 50.



M^{me} Latour est diététiste,
Centre de médecine
préventive et d'activité
physique de l'Institut de
cardiologie de Montréal.

Dans le domaine de la santé cardiovasculaire et de l'alimentation, les connaissances ont considérablement évolué ces dernières années. De nombreuses études ont démontré l'avantage que représente le type d'alimentation des populations méditerranéennes.¹⁻³ Ce type d'alimentation préconise une approche globale basée sur le plaisir de manger et la variété.

Qu'est-ce qu'une alimentation de type méditerranéen?

Afin de bien comprendre, consultez la figure 1. Les avantages de ce type d'alimentation sont nombreux. En voici quelques-uns.

1. **Bonne qualité des gras.** Ce genre d'alimentation permet une consommation plus libérale de matières grasses et accorde une très grande importance à la qualité des gras. Il favorise la consommation de gras monoinsaturés et de gras polyinsaturés de la famille des oméga-3 (tableau 1).
2. **Apport limité en cholestérol alimentaire, en acides gras saturés et trans.** Ces types de gras sont étroitement associés aux maladies cardiovasculaires (tableau 2).
3. **Apport élevé en fibres alimentaires.** Les principales sources sont les produits céréaliers à grains entiers, les fruits et les légumes, les légumineuses et les noix. Certaines fibres dites « solubles », lorsque consommées régulièrement, contribuent à abaisser les taux de cholestérol et de LDL. On les retrouve principalement dans le psyllium, le son d'avoine, le gruau, l'orge, les légumineuses (haricots rouges, pois chiches, lentilles, etc.), les fruits riches en pectine (oranges, poires, pommes, tomates, fraises, etc.) et la graine de lin.
4. **Apport élevé en antioxydants.** Les antioxydants jouent un rôle protecteur contre les maladies coronariennes. Ils protègent la paroi des artères et préviennent l'athérosclérose.^{6,7} Les principales sources sont les fruits et légumes colorés (particulièrement ceux qui sont verts, orangés ou rouges), le vin rouge, les raisins, le thé, les noix, les graines (lin, citrouille, tournesol, etc.) le soya et ses dérivés (tofu, fèves

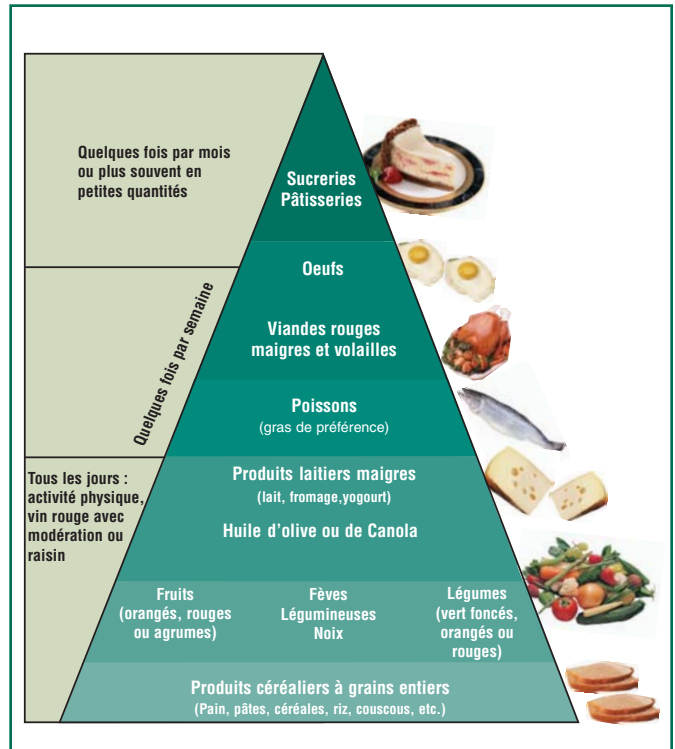


Figure 1 : L'alimentation méditerranéenne.

Discussion du cas Trois mois plus tard...

Le patient a atteint les objectifs alimentaires fixés.

Il a perdu 1 kg et a amélioré de façon significative son bilan lipidique (\downarrow 13 % cholestérol total, \downarrow 21 % cholestérol LDL, \downarrow 3 % cholestérol HDL, TG stables et \downarrow 10 % ratio cholestérol/cholestérol HDL). De plus, le patient mentionne qu'il est facile d'introduire ce type d'alimentation à son style de vie.

Donc, améliorer la qualité des gras donne d'excellents résultats sur les lipides sanguins. On ne peut quantifier l'impact de l'augmentation des oméga-3, mais selon certaines études, le patient acquiert ainsi une protection supplémentaire contre les maladies cardiovasculaires.

Tout ce qu'il lui reste à améliorer est l'exercice physique.

Tableau 1

Les bons gras

Types de gras	Sources alimentaires	Effets sur les MCV
Monoinsaturés • Acide (ac.) oléique	Huile d'olive, de canola, d'arachide, noix, olive et avocat	• ↓ cholestérol, ↓ LDL, ↓ Tg HDL stable • Tendent à ↑ l'insulinosensibilité
Polyinsaturés (famille oméga-3) ^{4,5} 1. ac. ω linoléique	1. huile de canola, huile de lin, graine de lin moulue, noix de Grenoble, soya et ses dérivés (tofu, boisson de soya, fèves de soya rôties, etc.)	• Effet antithrombotique • Effet vasculaire • Effet antiarythmie • Effet positif sur Lp(a) • ↓ de la mortalité cardiaque • Propriété anti-inflammatoire • Rôle dans la prévention de l'insulinorésistance • Rôle de prévention et de traitement du cancer
2. ac. eicosapentaénoïque (EPA)	2. huile de poisson, poisson gras de préférence (sardines, thon, truite, saumon)	
3. ac. docosahexaénoïque (DHA)	3. huile de poisson, poisson gras de préférence (sardines, thon, truite, saumon)	

Tableau 2

Les « mauvais » gras

Types de gras	Sources alimentaires	Effets sur MCV
Cholestérol alimentaire	Viande, produits laitiers gras, beurre, oeuf	↑ LDL
Ac. gras saturés	Viande, produits laitiers, huiles tropicales	↑ cholestérol, ↑ LDL
Ac. gras trans	Gras hydrogénés, shortening, friture, pâtisseries, chocolat, craquelins, <i>fast-food</i>	↑ cholestérol, ↑ LDL, ↓ HDL

de soya rôties, boisson de soya, etc.) et les légumineuses (haricots rouges, pois chiches, lentilles, etc.). Il est extrêmement important d'insister sur la consommation de fruits et de légumes colorés. Au Québec, 25 % des gens ne mangent pas de légumes et 35 % à 45 % ne

mangent qu'un fruit par jour. Toutefois, il ne faut pas recommander la consommation de suppléments d'extraits concentrés de fruits ou de légumes. C'est la synergie entre les composés qui rend un aliment bénéfique.

5. Apport élevé en vitamines du complexe B.

Plusieurs études rapportent qu'une carence en vitamines du complexe B, surtout l'acide folique, est responsable de près du tiers des élévations sanguines d'homocystéine.⁸ Le tabac et une forte consommation de café (cinq tasses par jour et plus) influencent également l'augmentation de l'homocystéine. Un niveau élevé d'homocystéine dans le sang est associé à une sclérose précoce des vaisseaux. Les meilleures sources alimentaires d'acide folique sont les légumes verts feuillus (brocoli, épinards, laitue romaine, pois, choux de Bruxelles), le maïs, les légumineuses, le jus d'orange, les produits céréaliers à grains entiers et les aliments enrichis.

En résumé...

Nos aliments vedettes sont :

- Les produits céréaliers à grains entiers
- Les fruits et légumes (orangés, rouges et vert foncé de préférence)
- Le tofu et les légumineuses
- L'huile d'olive, l'huile de canola, les graines de lin et les noix
- Le poisson (gras de préférence)
- Les plats cuisinés à la maison

Il est essentiel de privilégier la consommation d'aliments plutôt que des suppléments, car il existe une synergie entre les composés actifs d'un aliment. Il est primordial que toutes les recommandations soient personnalisées pour tenir compte de plusieurs facteurs (l'âge, la taille, la médication, l'activité physique ou toutes autres particularités des patients). *Clin*

2. De Lorgeril, M, Salen, P : Acides gras oméga-3, antioxydants et diète méditerranéenne : nouvelles stratégies nutritionnelles pour la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires ischémiques. *Sang- Thrombose-Vaisseaux* 12(4):202, 2000.
3. Kris-Etherton, P, et coll. : Lyon diet heart study, benefits of a mediterranean-style, National Cholesterol Education Program/American Heart Association step 1 dietary pattern on cardiovascular disease. *Circulation* 103:1823, 2001.
4. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: Results of the GISSI-Prevenzione trial. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardio. *Lancet* 354:447, 1999.
5. Bemelmans, W, et coll. : Effect of an increased intake of a-linolenic acid and group nutritional education on cardiovascular risk factors: The Mediterranean Alpha-linolenic Enriched Groningen Dietary Intervention (MARGARIN) study. *Am J Clin Nutr* 75:221, 2002.
6. Craig, W, Beck, L : Phytochemicals: Health protective effects. *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique* 60(2):78, 1999.
7. Liu, S, et coll. : Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease : The Women's Health Study. *Am J Clin Nutr* 72:922, 2000.
8. Graham, M, O'Callaghan, P : The role of folic acid in the prevention of cardiovascular disease. *Current Opinion in Lipidology* 11:577, 2000

Sites Internet

1. Bureau d'information Becel sur la santé cardiaque, www.becelcanada.com
2. Institut national de la nutrition, www.nin.ca
3. National Cholesterol in Adults (NCEP), Adult Treatment Panel III, www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3_rpt.htm

Références

1. De Lorgeril, M, et coll. : Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction. Final report of the Lyon diet heart study. *Circulation* 99:779, 1999.