

---

## **Index de masse corporel, variation de poids chez les femmes et risque d'AVC**

L'obésité s'accroît régulièrement chez les femmes américaines depuis plusieurs décennies. L'obésité est connue pour être un facteur de risque coronarien chez la femme d'âge moyen en dehors du risque lié au tabac.<sup>1</sup> Les changements de mode alimentaire en France, inspirés par le modèle américain, doivent nous faire prendre en compte ce facteur de risque lors de la prise en charge de nos patientes. L'obésité est-elle un risque pour l'ensemble des pathologies cardio vasculaires? Une étude récente a étudié le risque d'AVC chez les femmes obèses.<sup>2</sup>

L'objectif de l'étude était d'examiner les associations entre l'index de masse corporel (BMI, exprimé en Kg/m<sup>2</sup>) et les variations de poids avec le risque d'AVC chez les femmes. Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective (Nurses'Health Study) qui a porté sur 116 759 femmes âgées de 30 à 55 ans lors de l'inclusion en 1976, alors indemnes de pathologie coronarienne, d'AVC ou de cancer.

Le BMI (rapport poids/taille exprimé en Kg/m<sup>2</sup>) résultait des données rapportées par les patientes. Les différentes catégories utilisées étaient celles permettant une comparaison avec d'autres études: <21; 21 à 22,9; 23 à 24,9; 25 à 26,9; 27 à 28,9; 29 à 31,9 et ≥à 32 kg/m<sup>2</sup>. L'analyse des résultats a été faite après ajustement prenant en compte l'âge, le tabagisme, le traitement hormonal substitutif, le statut ménopausique.

Pendant 16 ans de suivi il y eu 866 AVC documentés, (403 ischémiques, 269 hémorragiques et 194 de type inconnu). A partir d'un BMI de 27, le risque d'AVC ischémique croît régulièrement: 27 à 29: Risque Relatif (RR)= 1,75, ≥32: RR= 2,37. Cette augmentation du risque n'était plus significative chez les femmes ayant HTA, diabète ou

hypercholestérolémie.

Les auteurs ont aussi étudiés les effets de la prise de poids de l'âge de 18 ans à l'âge d'entrée dans l'étude. Cet item n'était disponible que pour 93337 participantes, mais il n'y avait pas de différence de population significative pour les 20%, pour lesquelles ces données n'existaient pas. Les variations de poids ont été classées en perte de plus de 11kg, perte comprise entre 5 et 10,9kg, gain de poids entre 5 à 10,9 kg, 11 à 19,9 kg et 20kg et plus. Les femmes ayant présenté une variation de -5kg à +5 kg étaient considérées comme stables. Comme pour l'augmentation du BMI, les femmes ayant présenté un gain de poids avaient un risque accru d'AVC ischémique (gain de 11 à 19,9 kg: RR=1,69; plus de 20 kg: RR= 2,52) en comparaison avec les femmes dont le poids était stable. Les femmes ayant perdu du poids avaient un risque moindre d'AVC ischémique (RR= 0,75 pour une perte ≥à 11kg, RR=0,86 entre 5 et 11kg de perte).

Les auteurs concluent que l'obésité ou le gain de poids chez les femmes sont un important facteur de risque d'AVC ischémique (mais pas d'AVC hémorragique).

Cette étude est en accord avec les résultats des 26 ans de suivi de la cohorte de Framingham. 5 autres études citées par les auteurs ne montraient pas de relation aussi nette entre obésité et risque d'AVC chez la femme (contrairement au risque coronarien). N'ayant pu les consulter, il nous est difficile de conclure. Mais nous pouvons nous poser quelques questions.

Les auteurs ont utilisé l'index de masse corporel et non le rapport tour de taille/tour de hanche non utilisé au début de leur étude. Lequel de ces 2 types de mesure est le meilleur marqueur de risque? Une étude suédoise de 1984 sur 1462 femmes suivies 12 ans est à l'avantage du rapport taille/hanche<sup>3</sup>. Lequel rend le mieux compte de la masse grasseuse? Est ce la masse grasseuse qui est le facteur de risque? Les auteurs reconnaissent que le BMI est une mesure imparfaite qui tendrait à sous estimer la véritable association.

Par ailleurs avec l'obésité il y a souvent d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire: HTA, hypercholestérolémie, diabète. Les auteurs ont utilisé des méthodes d'analyse de leurs résultats visant à annuler l'influence de ces facteurs et concluent que pour les femmes ayant un BMI de 29 ou plus, 53% de leur risque d'AVC peut être attribué à leur surpoids.

Autre question, quel est le devenir des femmes qui cessent de fumer et prennent de l'embompoint: l'étude montre que le tabagisme est un risque bien plus fort que l'obésité: pour un BMI de 29 à 32, le RR est de 1,2 pour les non fumeurs, 1,4 pour les anciens fumeurs et 5,4 pour les fumeurs actuels.

1- Manson JE et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med. 1990;322:882-89

2- Rexrode KM et al. A prospective study of body mass index, weight change, and risk of stroke in women. JAMA. 1997;277:1539-45

3- Lapidus L et al. Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: a 16 year follow up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. B.M.J. 1984, 289, 1257-1261

**Mots clé:** obésité, AVC, facteur de risque

*Numéro 67 du 26 juin 1997*