



Faut-il recommander les margarines diminuant le cholestérol ?

De nouvelles margarines à base d'acides gras poly-insaturés, enrichies en stérols et stanols végétaux, communément appelés phytostérols, sont promues par l'industrie agroalimentaire en adjonction aux régimes hypolipémiants pauvres en graisse saturées, en raison de leur faculté d'abaisser le LDL-cholestérol (LDL-C). La FDA a autorisé aux USA la mention « contribue à réduire le risque cardio-vasculaire »¹. Est-il scientifiquement justifié de conseiller cette classe d'« alicament » à nos patients, en prévention primaire ou secondaire ?

Deux revues récentes(2,3) ont synthétisé les données expérimentales. Les principaux phytostérols utilisés sont le sitostérol (Pro-activ® en Europe ou Take Control® aux USA) extrait de l'huile de germe de soja, et le sitostanol (Benecol®) dérivé de la pulpe de bois de pin, sous-produit de l'industrie papetière.

Mécanismes d'action : Ces molécules, bien que proches du cholestérol, sont peu absorbées au niveau intestinal, le sitostérol l'étant néanmoins plus que les stanols. Stérols et stanols diminuent l'absorption intestinale du cholestérol alimentaire et biliaire, et en augmentent l'élimination fécale, ce dans des proportions de 33 à 66%. Mais des mécanismes régulateurs (augmentation de la synthèse hépatique) font que le LDL-C ne diminue pas d'autant, et que certains patients ne sont pas répondeurs.

Effets : L'ingestion de 2 g/j de phytostérols abaisse le LDL-C de 9 à 20% suivant les études, chez des sujets normo ou dyslipidémiques, avec de grandes variations interindividuelles imprévisibles. Ces études portent sur de petites séries souvent inférieures à 100 personnes, parfois associées à un régime hypocholestérolémiant, ainsi qu'à la prise d'une statine. Les effets du sitostanol et du sitostérol sont comparables, avec en moyenne 9 à 13% de baisse du LDL, sans modification du HDL. Il existe un

effet plateau, à partir duquel augmenter l'apport n'abaisse pas plus le LDL-C. Les taux de HDL et de triglycérides ne sont pas modifiés. La baisse est significativement plus importante avec l'âge : 14% chez les 50-59 ans, et 9 à 11% seulement dans les classes 30 à 49 ans³.

Risques potentiels : Les phytostérols sont bien tolérés à court terme, et ne modifient pas le goût ou la texture de la margarine.

Habituellement non absorbés, dans de rares cas ils peuvent l'être de façon anormale (hypersitostérolémie héréditaire homozygote) et provoquer des xanthomes ou une maladie ischémique coronarienne précoce. L'incidence dans la population de porteurs hétérozygotes est inconnue. Certains sujets, non identifiables en routine, pourraient être prédisposés à ce risque. Ces margarines pourraient diminuer les concentrations plasmatiques d'antioxydants, d'alpha ou de bêta-carotène et de vitamines liposolubles mais il n'existe pas de données à long terme sur une population importante. La signification clinique d'une telle baisse est inconnue. La prudence est de mise chez l'enfant, la femme enceinte¹.

La dose recommandée par le fabricant de pro-activ® est de 20 à 25 g/j, soit 1,6 à 2 g de stérols végétaux, soit 2 cuillères à soupe. Ces produits sont 3 à 5 fois plus chers qu'une margarine "classique".

Les margarines enrichies en stérols végétaux diminuent le LDL cholestérol, de 10 à 15% en moyenne², mais avec des variations interindividuelles. Leur effet sur la morbidité et la mortalité par maladie coronarienne n'est pas connu. Il est possible que des effets bénéfiques liés à la baisse du cholestérol soient annulés par une augmentation des concentrations plasmatiques de stérols végétaux qui pourraient être athérogènes². Baser sa prescription sur des raisonnements physiopathologiques et sur des critères intermédiaires comme la baisse du LDL-C peut être risqué. D'autres médicaments ou régimes diminuent le CT sans diminuer la mortalité cardiovasculaire⁴; à l'inverse l'effet bénéfique des statines ou du régime méditerranéen est en partie indépendante de la baisse du CT^{3,4}. Un bénéfice faible pourrait être contrebalancé par une fausse impression de sécurité du patient l'incitant à des excès alimentaires. Ces produits contiennent aussi des quantités, certes limitées et surtout dans les préparations destinées à la cuisson, de graisses trans, néfastes sur le plan cardiovasculaire. Ces incertitudes semblent expliquer la position contradictoire de l'American Heart Association recommandant l'étude de la sécurité à long terme de ces stérols, et acceptant leur usage mais seulement pour les patients hyperlipidémiques ou en prévention secondaire¹.

Il nous semble, à partir de toutes ces données, le rapport bénéfice risque reste encore très incertain et que le principe de précaution ne permet pas, médicalement à ce jour, de recommander ces margarines.

1 - Lichtenstein A. Stanol/sterol ester-containing foods and blood cholesterol levels. *Circulation* 2001;103:1177-9.

2 - Cholesterol-lowering margarine. *Medical Letter* 1999;(1055):56-8.

3 - Law M. Plant sterol and stanol margarines and health [see also electronic responses]. *BMJ* 2000;320:861-64.

4 - De Lorgeril M. Acides oméga-3, anti-oxydants et diète méditerranéenne : nouvelles stratégies nutritionnelles pour la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires ischémiques. *STV* 2000 ; 12 : 202-10.

Mots-clé : alimentation, cholestérol, facteur de risque, hyperlipidémie, prévention, régime

Numéro 270 du 20 juin 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>