

Mots clés :

Syndrome métabolique
Obésité
Diabète
HTA
Dyslipidémie

Syndrome métabolique : concept utile ou artifice spécieux ?

La controverse sur l'utilité du concept même de syndrome métabolique (SM) émerge régulièrement dans la presse médicale internationale^{1,2}. Le récent affrontement entre diabétologues dans le BMJ¹ a suscité un volumineux échange de courriers. Pour les uns, le concept « inventé » en 1988 par l'américain Reaven sous le nom de « syndrome X » associe des anomalies cliniques et métaboliques en une entité responsable en soi d'un risque aggravé de diabète de type 2 et de troubles cardiovasculaires^{3,4}. Pour les autres, il s'agit d'une construction artificielle d'utilité douteuse pour le clinicien, puisque de toutes façons, la prise en charge se fera risque par risque. Les publications dédiées à ce syndrome augmentent rapidement : un peu plus de 4000 dans *Medline* en 2005 selon la revue *Prescrire*⁵, plus de 22 000 à ce jour... Qu'en est-il de cette nébuleuse ?

De multiples définitions et critères

L'OMS a proposé une 1^{ère} définition en 1998, puis diverses sociétés savantes, dont les associations américaines et européennes de diabétologie en 2005³. Les points communs sont le surpoids et la tolérance anormale au glucose ou insulino-résistance. Le SM associe au moins 3 de ces 5 indicateurs : glycémie à jeun élevée, hypertriglycéridémie, hypoHDLémie, pression artérielle élevée, obésité ou plus souvent obésité abdominale^{2,3,5}. Les seuils sont de plus en plus bas dans les classifications récentes, ce qui augmente d'autant la prévalence du SM (9 à 19% en France selon la définition retenue³).

Les obèses à haut risque : une cible et ses limites

Les partisans du concept soulignent qu'il permet de déceler simplement les catégories d'obèses particulièrement à risque (« un centimètre, un tensiomètre, un glucomètre »²) et de mieux les prendre en charge. Si la relation entre obésité, diabète et maladies cardiovasculaires semble mieux corrélée au tour de taille (102 cm pour les hommes, 88 pour les femmes) qu'à l'IMC (entre 25 et 30), les études ne sont pas toutes concordantes. Le risque de développer une HTA augmente avec l'IMC (RR 1,6 avec une IMC entre 25 et 30, 5,5 si >35). La relation entre obésité et hypercholestérolémie est modérée. Elle est mieux établie pour les triglycérides et le HDL^{2,3}. Il n'existe pas de « seuil » réellement discriminant pour le risque, qui augmente de façon linéaire.

Que conclure pour notre pratique ?

Si le « label clinique »¹ de SM paraît commode à un moment où l'obésité augmente de manière quasi épidémique, **il n'apporte pas de réponse vraiment nouvelle à nos interrogations et à nos stratégies décisionnelles**. Les consensus actuels insistent sur l'importance de la « triade » d'indicateurs (dont le périmètre abdominal augmenté), mais cela ne concerne-t-il pas tous les obèses ? Certes, le SM porte une attention particulière au risque de diabète. Mais en quoi la combinaison de ces différents indicateurs modifie-t-elle la décision médicale ?

Surtout, le concept de SM ne prend pas en compte les autres facteurs majeurs du risque cardiovasculaire^{3,5}. C'est totalement injustifié et contre-productif, si l'on pense au tabagisme. Au-delà des réflexions physiopathologiques, l'utilité du concept comme prédicteur du risque cardiovasculaire est douteuse.

Ce n'est pas du label dont nous avons besoin, mais d'une réflexion en profondeur sur les modifications comportementales nécessaires. Quant au SM, selon les mots même de son inventeur, Reaven, « qu'il repose en paix »¹...

Le tout vaut-il mieux que la somme des parties ?

Le diagnostic de SM n'apporte aucun argument décisionnel. Ces facteurs de risques ont été largement évalués, et le risque cardiovasculaire est élevé. Mais les scores de type Framingham ont une meilleure valeur prédictive du risque de développer une maladie cardiovasculaire ou un diabèteⁱⁿ² sans doute parce qu'il prennent en compte davantage de facteurs de risque : âge, sexe, antécédents familiaux, tabagisme, sédentarité. L'intérêt du concept de SM est peut-être d'identifier facilement des patients à risque en prévention primaire, mais une fois cette « identification » réalisée, la prise en charge se fait sur chacun des facteurs de risque¹⁻⁵.

Y a-t-il une prise en charge spécifique ?

Le fait de donner un nom à cet ensemble d'indicateurs ne suffit pas. Dans les cas les plus courants, on se trouve en situation de prévention primaire, chez un patient qui a un risque cardiovasculaire élevé. Cela nécessite une prise en charge classique des différents facteurs de risque : hygiène de vie (alcool, tabac, alimentation, sédentarité...); si nécessaire traitement médicamenteux de l'HTA et des dyslipidémies, du diabète. Il en est de même pour l'obésité, l'hypertension, ou la dyslipidémie d'un diabétique, SM ou non. Quant à un malade ayant déjà fait un accident cardiovasculaire, il se trouve alors en situation de prévention secondaire, et la présence d'un SM ne va pas modifier la prise en charge envisagée...^{2,5}

Références

- 1- Gale EAM, Alberti KGM, Zimmet PZ. Should we dump the metabolic syndrome? *BMJ*. 2008;336:641-2.
- 2- Martin-Dupan RC, Ruiz J. Syndrome métabolique : syndrome fourre-tout des patients obèses ou entité spécifique ? Quel traitement : hygiène de vie ou polypill ? *Rev Med Suisse*. 2008;4:366-73.
- 3 - Balkau B. Le syndrome métabolique : une épidémie annoncée. *STV*. 2006;HS 2.
- 4 - Farnier M. Syndrome métabolique : quels risques pour le patient ? *STV*. 2006;HS 2.
- 5 - Collectif. Le syndrome métabolique. Une construction artificielle inutile aux soins. *Rev Presc*. 2006;273:444-7.