

Graisses « saturées » : un mythe à oublier ?

Mots clés :
Cholestérol ;
Matières
grasses ali-
mentaires
[Cholesterol,
dietary ;
Dietary Fats]

Les graisses *saturées* ont été diabolisées par l'étude *Seven Countries* d'Ansel Keys. Par cette vaste étude épidémiologique internationale débutant en 1955, Keys voulait confirmer l'hypothèse – émise par les observateurs de Framingham – que l'excès de cholestérol était le « coupable » dans l'infarctus et que la consommation de graisses saturées animales – qui contiennent aussi du cholestérol – était responsable de cet excès. Les conseils et directives alimentaires à visée cardiovasculaire, qu'il s'agisse de prévention primaire ou secondaire, visent donc depuis à restreindre drastiquement ces graisses dans l'alimentation. Pourtant, selon un récent éditorial du *BMJ*, les données disponibles montrent que ce conseil a, paradoxalement, augmenté nos risques cardio-vasculaires, outre que la recherche obsessionnelle de niveaux bas de cholestérolémie a conduit à la surprescription de statines à des millions de personnes, « *détournant notre attention des facteurs de risque les plus flagrants de la dyslipidémie athérogène* »¹. De récentes recommandations suisses², une revue systématique américaine³ et une méta-analyse autrichienne⁴ débattent du rôle des graisses dans l'alimentation.

Graisses saturées

Elles sont principalement d'origine animale (laitages, viandes rouges plus que viandes blanches), mais aussi végétale (graisse de coco, huile de palme). Si leur consommation est bien associée chez l'homme à un risque cardiovasculaire accru, la relation est moins simple que ce qui était admis, sans doute parce que le mélange d'acides gras saturés et insaturés et d'autres nutriments joue un rôle complexe dans la maladie cardiovasculaire². Ainsi, la majorité des études observationnelles ne montre pas d'association entre la consommation de produits laitiers et le risque cardiovasculaire, quels que soient les taux de matière grasse du lait³. Les études interventionnelles montrent qu'un régime riche en lait entier et beurre augmente le LDL-C mais aussi le HDL et peut parfois abaisser le *ratio* cholestérol total/HDL. Ces mêmes études indiquent que la consommation de fromage abaisse plus le LDL-C que celle du beurre, à matière grasse égale³. Les connaissances sur ces sujets sont fortement lacunaires et nécessitent des études d'intervention à long terme. Qu'il y ait parfois association positive entre apports nutritionnels en acides gras saturés, biomarqueur (LDL-C) et risque cardiovasculaire accru ne peut masquer le fait que de multiples composants bioactifs interviennent au solde net de ce risque, en positif ou négatif.

Que conclure pour notre pratique ?

Quel rapport entre cholestérol alimentaire et cholestérol sanguin ? Pratiquement aucun, tant il est sujet à variations interindividuelles. Les plus récents *guidelines* ne recommandent d'ailleurs plus de diminuer la consommation de cholestérol alimentaire mais de limiter l'apport de graisses alimentaires totales à 20 à 35% de la ration calorique journalière.

Quel « régime » recommander ? Le régime de type méditerranéen, qui privilégie les graisses insaturées (*ratio* oméga 6/oméga 3 < 5) reste la référence, y compris en prévention secondaire : « *le poisson, jamais assez* »², en privilégiant les poissons gras communs (maquereau, truite, sardine, thon...) peu contaminés, une ou 2 fois par semaine. Mais il est temps d'oublier le mythe du risque des graisses saturées : c'est l'obésité qui est le danger (*Bibliomed* 384, 747), pas la consommation de tel ou tel type de graisse.

Graisses mono et poly-insaturées

Elles sont principalement issues des huiles végétales, des fruits à coque et du poisson, mais on les trouve aussi dans les produits animaux et laitiers : le beurre est par exemple aussi riche en acides gras monoinsaturés (AGMI) que les pistaches... Les AGMI contiennent une seule double liaison, les polyinsaturés plusieurs (les acides gras saturés n'en ont aucune).

La consommation d'AGMI augmente le HDL et diminue les triglycérides et le LDL : l'huile d'olive est un des atouts majeurs du régime méditerranéen, associé à une diminution du risque cardiovasculaire. Mais les AGMI ont deux configurations possibles, en *cis*, la plus fréquente au naturel, où les atomes d'hydrogène se trouvent du même côté que la double liaison, ou en *trans* (inverse). La configuration *trans* diminue le HDL et augmente le LDL, majorant le risque d'infarctus et de diabète. L'hydrogénation industrielle (margarines, nombreux produits préparés) ou la friture à 200°C transforment les liaisons *cis* en *trans*.

Les acides gras polyinsaturés, oméga 6 et oméga 3, ne peuvent être synthétisés. Ils diminuent les triglycérides et sont associés à une diminution du risque de mortalité après infarctus du myocarde ; principales sources alimentaires : graisses de poisson, fruits à coques (noix, amandes), huile de colza, de noix, ou de soja.

Références

- 1- Malhotra A. Saturated fat is not the major issue. Let's bust the myth of its role in heart disease. *BMJ*. 2013;347:f6340.
- 2- Le Boudec J et al. Comment diminuer son risque cardiovasculaire avec l'alimentation ? Rôle des graisses consommées. *Rev Med Suisse*. 2014;10:532-8.
- 3- Schwingshackl L et al. Monounsaturated Fatty Acids and Risk of Cardiovascular Disease: Synopsis of the Evidence Available from Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Nutrients*. 2012;4:1989-2007.
- 4- Huth PJ et al. Influence of Dairy Product and Milk Fat Consumption on Cardiovascular Disease Risk: A Review of the Evidence. *Adv Nutr*. 2012;3:266-85.