

QUELLE NUTRITION CHEZ L'OBÈSE ARTHROSIQUE QUI DOIT MAIGRIR ?

Dr Jean-Michel LECERF
Endocrinologue – CHR de Lille
Chef du Service nutrition de l'Institut Pasteur de Lille

La question est intéressante car elle sous-entend que tous les obèses ne doivent pas maigrir. Il existe en effet des situations où la perte de poids n'est pas indiquée, d'autres rares où elle est contrindiquée, d'autres enfin plus fréquentes où l'objectif premier est de **ne pas grossir** !

En ce qui concerne l'obèse arthrosique, dans la majorité des cas il doit maigrir, avec l'hypothèse pas toujours vérifiée que la perte de poids soulagera son arthrose ou ses douleurs arthrosiques.

En effet le lien entre le poids et l'arthrose est très important pour le genou, moins pour la hanche, variable pour les pathologies dégénératives vertébrales. Mais ce lien ne passe pas que par des facteurs mécaniques liés aux pressions, car l'arthrose est aussi une maladie générale, inflammatoire. On sait par exemple que l'arthrose des mains est plus importante chez les obèses, pourtant ils ne marchent pas sur les mains ! Rappelons d'ailleurs que l'arthrose n'est pas l'apanage des personnes en surpoids.

Prudence également dans nos promesses d'amélioration de la maladie arthrosique, selon le stade de l'arthrose.

OBJECTIFS

Les objectifs sont multiples : obtenir une perte de poids afin d'entraîner un soulagement des douleurs et un ralentissement de la progression de la maladie, de réduire les anti-inflammatoires, de retarder une indication opératoire ou d'améliorer le pronostic post-opératoire afin d'améliorer la mobilité.

Ce dernier point est essentiel car il peut permettre de renforcer ou de maintenir la perte de poids.

Comme toujours en nutrition, et particulièrement dans l'obésité, il faut d'abord ne pas nuire. Le risque majeur, quasi obligatoire mais il faut essayer de le limiter, est la perte de masse maigre et donc de muscles. Or celle-ci risque de retentir négativement sur la statique vertébrale ou sur la récupération post-opératoire notamment après prothèse du genou ou de hanche.

La perte de masse maigre est aussi un des facteurs impliqués dans la reprise de poids à la suite d'un régime. Les autres facteurs de la reprise de poids sont l'abandon des changements diététiques, les troubles du comportement induits par ceux-là (restriction cognitive), la réduction d'activité et la sédentarité.

MOYENS

Si les chirurgiens sont souvent aptes à désirer une perte de poids importante et/ou rapide, à l'instar des patients, celle-ci n'est pas souhaitable sauf exception car elle sous-entend une réduction calorique importante, source de reprise de poids fréquente. Le seul avantage semble quand même des suites opératoires plus satisfaisantes y compris pour la locomotion, mais aussi pour les complications. D'autre part, sauf si le sujet est jeune avec une forte capacité de synthèse musculaire s'opposant à la fonte musculaire, le risque de sarcopénie est important, réduisant donc la capacité physique.

Ceci suggère d'ailleurs que les bénéfices de la perte de poids par rapport aux risques sont plus faibles chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes. Il convient donc de ne pas attendre trop pour opérer un sujet obèse âgé arthrosique du fait du risque de sarcopénie voire de dénutrition.

Habituellement on préfère donc une réduction calorique modérée, progressive avec des changements par petits pas.

Certes la perte de poids sera plus modeste mais si le sujet bouge mieux après sa perte de poids et s'il poursuit une diététique adaptée, l'amaigrissement se poursuivra. C'est aussi l'objectif après intervention chirurgicale.

On réduira les calories lipidiques et glucidiques, sans supprimer les glucides en raison de leur effet d'épargne azotée.

On maintiendra autant que faire se peut les protéines, en particulier les protéines lactières. Il s'agit notamment de celles du lactosérum (lait, yaourt) en raison de leur effet favorable sur l'anabolisme protéique postprandial grâce à leur richesse en leucine et au fait qu'il s'agit de protéines dites rapides. En outre, les produits laitiers, sources de calcium, s'opposent partiellement au risque d'ostéopénie induit par les régimes amaigrissants.

AUTRES MESURES DIETETIQUES

Au moins pour des raisons théoriques, on veillera à proposer une alimentation à effet anti-inflammatoire.

Rappelons que les produits laitiers contrairement aux idées reçues n'ont pas d'effet pro-inflammatoire, mais sur le plan biologique un effet anti-inflammatoire.

On s'efforcera d'avoir un apport élevé en acides gras oméga 3, notamment en acides gras à longue chaîne (EPA-DHA) issus du poisson, et à réduire le rapport oméga 6/oméga 3 en privilégiant les huiles pauvres en oméga 6 (olive, colza...).

Un apport élevé en légumes et quotidien en fruits est utile en raison de leur bénéfice général et de leur effet antioxydant.

Enfin, une alimentation permettant de maintenir un « bon » microbiote est utile. En effet, la dysbiose intestinale peut exercer des effets inflammatoires systémiques. Une alimentation riche en fibres, notamment en prébiotiques (chicorée, légumes, céréales complètes...) et en probiotiques (yaourt), est utile pour cela.

EN CONCLUSION

Une perte de poids même modérée est presque toujours possible et presque toujours bénéfique. Il faut maintenir un équilibre alimentaire, tout faire pour éviter une perte musculaire et une reprise de poids.

Il faudrait surtout, par la prévention, éviter de prendre du poids afin de réduire le risque d'arthrose et afin de ne pas avoir à maigrir, ce qui est toujours difficile et souvent transitoire.