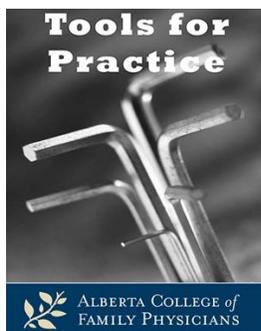


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

24 septembre 2018



Moins de crêpes, plus de bacon? Le régime cétogène pour perdre du poids

Question clinique : Le régime cétogène est-il efficace pour la perte de poids?

Conclusion : Dans le meilleur des cas, les régimes cétogènes aident les patients à perdre environ 2 kg de plus que les régimes faibles en graisses sur un an, mais les études de qualité supérieure ne font ressortir aucune différence. La perte de poids atteint un sommet vers le cinquième mois, mais elle n'est généralement pas maintenue. Il n'existe aucun essai clinique randomisé (ECR) portant sur la mortalité ou la maladie cardiovasculaire. Le changement de poids d'une personne peut varier de -30 à +10 kg avec n'importe quel régime.

Données probantes

- Accent sur les revues systématiques les plus pertinentes :
 - Revue systématique de 13 ECR portant sur le régime cétogène par rapport à un régime faible en graisses, 1 577 participants (61 % de femmes ayant un IMC de 30 à 43). Sur 12 à 24 mois, le régime cétogène¹ a donné les résultats suivants :
 - Perte de 0,9 kg de plus que le régime faible en graisses (différence du point de vue statistique).
 - Changements dans les marqueurs de substitution qui sont statistiquement significatifs, mais probablement non significatifs du point de vue clinique (p. ex. taux de LDL de 0,12 mmol/l plus élevé).
 - Taux d'abandon des patients de 13 à 84 % pour l'ensemble des études.
 - Revue systématique de 11 ECR et 1 369 participants (71 % de femmes ayant un IMC de 30 à 36). Sur 6 à 24 mois² :
 - Perte de poids de 2,2 kg de plus avec le régime de type cétogène par rapport à un régime faible en graisses : différence du point de vue statistique, mais les résultats sont incohérents.
 - Aucune différence n'est observée lorsque l'accent est mis sur les études de qualité supérieure.

- Changements semblables à ceux qui sont mentionnés ci-dessus dans les marqueurs de substitution^{1, 2}.
- D'autres revues systématiques (de 5 à 24 ECR) sont faussées par l'inclusion de régimes faibles en glucides qui ne sont probablement pas céto-gènes. Résultats incohérents allant d'aucune différence de poids³⁻⁵ à une perte de 3,6 kg⁶⁻⁸.
- Aucune revue systématique ni aucun ECR² n'a examiné la mortalité ou la maladie cardiovasculaire.
- ECR de 2018 (609 patients)⁹ : perte de poids au bout d'un an :
 - 6 kg pour le régime faible en glucides (moins de 20 g par jour au début) par rapport à 5,3 kg pour le régime faible en graisses; différence non significative du point de vue statistique.
 - Les génotypes des patients (favorisant un type de régime) n'ont eu aucun impact sur la perte de poids.
 - Le changement de poids d'une personne variait de -30 à +10 kg dans l'un ou l'autre des groupes.

Contexte

- Régime alimentaire canadien type : 48 % de glucides, 32 % de graisses, 17 % de protéines¹⁰.
- Il n'existe aucune définition normalisée de la teneur en glucides dans le régime céto-gène, mais dans la plupart des cas, on commence par restreindre les glucides à moins de 20 à 50 g par jour (10 % d'énergie) pendant environ deux mois avant de les réintroduire lentement^{1, 11}.
- La perte de poids atteint un sommet vers le cinquième mois, suivi d'un lent regain.
 - Exemple¹² : Par rapport à la valeur de départ, la perte pondérale était de 6,5 kg au cinquième mois et de 4,7 kg au bout d'un an.
- On observe une tendance à la diminution de l'apport calorique avec le régime céto-gène^{9, 12, 13}.
- Les données d'observation suggèrent que la faible consommation de glucides à long terme pourrait être associée à un accroissement de la mortalité¹⁴.

Auteurs

Rhonda Ting, B.Sc. (pharm.), G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharm.), ACPR, PharmD

Divul-gation

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divul-guer.

Références

1. Bueno NB, de Melo IS, de Oliveira SL, *et al.*, Br J Nutr, 2013, 110(7) : 1178-1187.
2. Mansoor N, Vinknes KJ, Veierod MB, *et al.*, Br J Nutr, 2016, 115(3) : 466-479.
3. Meng Y, Bai H, Wang S, *et al.*, Diabetes Res Clin Pract, 2017, 131 : 124-131.
4. Hu T, Mills KT, Yao L, *et al.*, Am J Epidemiol, 2012, 126 Suppl 7 : 44-54.
5. Huntriss R, Campbell M, Bedwell C, Eur J Clin Nutr, 2018, 72(3) : 311-325.
6. Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M, *et al.*, Arch Intern Med, 2006, 166(3), 285-293.
7. Sackner-Berstein J, Kanter D, Kaul S, PLoS One, 2015, 10(10) : e0139817.
8. Bravata DM, Sanders L, Huang J, *et al.*, JAMA, 2003, 289(14) : 1837-1850.
9. Gardner CD, Trepanowki JF, Del Gobbo LC, *et al.*, JAMA, 2018, 318(7) : 667-679.
10. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition : Apports nutritionnels provenant des aliments et suppléments nutritifs*, Statistique Canada, 2017-06-20. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170620/dq170620b-fra.htm> (consulté le 13 septembre 2018).
11. Moreno B, Crujeiras A, Bellido D, *et al.*, Endocrine, 2016, 54(3) : 681-690.

12. Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, *et al.*, N Engl J Med, 2008, 359(3) : 229-241.
13. Johnstone AM, Horgan GW, Murison SW, *et al.*, Am J Clin Nutr, 2008, 87(1) : 44-55.
14. Seidemann SB, Claggett B, Cheng S, *et al.*, Lancet Public Health. [Publication électronique avant impression le 16 août 2018.]

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.