

# LE TEMPS DE BIEN MANGER

Manger vite et à satiété peut tripler le risque de surpoids.

PAR Guy Sabourin



La façon dont on mange pourrait avoir autant d'importance que ce qu'on avale. Une grande étude japonaise vient en effet de démontrer que le duo manger vite et manger à satiété triple le risque de souffrir de surpoids. Ici, le surpoids est défini comme un indice de masse corporelle supérieur à 25.

Le chercheur principal, Kotastu Maruyama, de l'Université d'Osaka au Japon, explique que *manger jusqu'à se sentir plein* réfère au fait d'avaler de grandes quantités de nourriture dans un repas et ne fait pas partie des troubles alimentaires. Par opposition, *se gaver* se caractérise par l'apport d'aliments peu variés mais en grande quantité lors d'un repas tandis que la *boulimie* se reconnaît par le fait d'ingérer de très grandes quantités d'aliments mais plusieurs fois par jour.

Selon les découvertes de Maruyama, *manger vite* seulement double le risque de surpoids. Même scénario pour seulement *manger jusqu'à se sentir plein*. Mais la combinaison des deux comportements change la donne : elle triple le risque.

Une cohorte de 3 287 Japonais de 30 à 69 ans, hommes et femmes, en a fait la preuve à l'occasion d'une étude sur les risques cardiovasculaires de 2003 à 2006. Plus de la moitié des participants a avoué manger jusqu'à satiété. Un peu moins de la moitié a déclaré manger vite. En comparant ces individus au groupe de personnes ne mangeant ni vite ni jusqu'à satiété, ils ont obtenu les plus hautes valeurs d'indice de masse corporelle et d'apport énergétique.

L'auteur conclut que manger à satiété et manger vite sont des comportements expliquant le surpoids chez les Japonais et les Japonaises. Il ajoute qu'ensemble, ces deux comportements alimentaires peuvent avoir un impact substantiel sur la surcharge pondérale et favoriser l'obésité. Il rappelle que le surpoids constitue un risque important de contracter une maladie reliée au mode de vie comme le cancer, le diabète et une atteinte cardiovasculaire. ■

## SOURCES :

Maruyama, K., S. Sato, T. Ohira, K. Maeda, H. Noda, Y. Kubota *et al.* « The joint impact on being overweight of self reported behaviours of eating quickly and eating until full: cross sectional survey », *British Medical Journal*, 21 octobre 2008. [En ligne : [www.bmj.com/cgi/content/full/337/oct21\\_2/a2002](http://www.bmj.com/cgi/content/full/337/oct21_2/a2002)] (Page consultée le 19 mars 2009)

Barclay, L. et C. Vega. « Eating until full and eating quickly may triple the risk for overweight », *Medscape*, 22 octobre 2008. [En ligne : [www.medscape.com/viewarticle/582375](http://www.medscape.com/viewarticle/582375)] (Page consultée le 19 mars 2009)

# ARTHROSCOPIE DU GENOU

Remise en question de son efficacité.

L'ostéo-arthrose du genou est une maladie dégénérative qui occasionne douleur et raideur à l'articulation et diminue sa fonction. On la traite de façon multidisciplinaire : traitements de physiothérapie, médication et chirurgie. L'arthroscopie – la plus utilisée des chirurgies en pareille circonstance – consiste à introduire une sonde dans le genou pour enlever les fragments de cartilage et les cristaux de calcium, aussi pour adoucir les surfaces articulaires dans le but d'éliminer les interférences dans le mouvement du genou.

Or, malgré son utilisation répandue contre l'arthrose du genou, l'arthroscopie ne repose sur aucune base scientifique, explique la chercheuse Alexandra Kirkley, rattachée avec son équipe au Fowler Kennedy Sport Medicine Clinic en Ontario. C'est pourquoi elle a entrepris une étude randomisée et contrôlée pour comparer l'efficacité des meilleurs traitements physiques et médicaux utilisés seuls ou combinés avec une arthroscopie.

Pas moins de 188 patients ont participé à l'étude qui s'est déroulée de janvier 1999 à août 2007. Tous ont bénéficié de traitements physiques et médicaux optimaux selon leur état et la moitié a en plus subi une arthroscopie. Ils ont tous été revus en clinique à 3, 6, 12, 18 et 24 mois pour être évalués par une infirmière au moyen de quatre questionnaires (WOMAC, SF-36, MACTAR et ASES). L'infirmière devait suivre dans le détail

l'évolution de leur état et elle ne pouvait distinguer entre les patients opérés et les autres, tous devant porter une genouillère en néoprène.

Après trois mois, les personnes opérées ont obtenu de meilleurs scores aux différents tests, c'est-à-dire qu'elles ont jugé l'état de leur genou supérieur à celui des personnes non opérées (groupe contrôle). Un résultat prévisible, soutient la chercheuse, la chirurgie étant assimilée à un effet placebo à court terme. Mais ensuite, lors des rendez-vous subséquents, aucune amélioration significative n'a pu être observée entre les opérés et le groupe contrôle.

Les résultats de cette étude, jumelés à ceux, semblables, d'une étude précédente (Moseley *et al.*) qui avait toutefois été contestée, remettent en question l'utilisation répandue de l'arthroscopie dans les cas d'arthrose du genou, conclut la chercheuse. ■ G. S.

## SOURCES :

Kirkley, A., T.B. Birmingham, R.B. Litchfield, J.R. Giffin, K.R. Willits, C.J. Wong *et al.* « A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee », *New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 11, 11 septembre 2008, p. 1097-1107. [En ligne : <http://content.nejm.org/cgi/reprint/359/11/1097.pdf>] (Page consultée le 18 mars 2009)

Moseley, J.B., K. O'Malley, N.J. Petersen, T.J. Menke, B.A. Brody, D.H. Kuykendall *et al.* « A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee », *New England Journal of Medicine*, vol. 347, n° 2, 11 juillet 2002, p. 81-88.

