

L'apport sodé excessif, facteur de risque cardiovasculaire ?

Mots clés :
Régime
Restriction sodée
Santé publique
Industrie
AVC
Cardiovasculaire
Risque

Depuis l'apparition des thiazidiques et d'autres antihypertenseurs, les régimes de restriction sodée ne sont plus au premier plan dans le traitement de l'hypertension. Trois études anglaise², américaine³ et canadienne⁴ font le point sur les données les plus récentes sur ce sujet : danger d'un apport sodé excessif et effet préventif d'une réduction de cet apport dans le risque cardiovasculaire, rôle de l'industrie alimentaire dans l'augmentation des apports sodés, nécessité d'associer deux approches, individuelle et de santé publique.

Effet préventif de la réduction des apports sodés ?

De nombreuses études ont montré qu'un apport sodé excessif est associé à une élévation de la pression artérielle (PA), d'autres que cette élévation est un des facteurs de risque d'AVC et de cardiopathie ischémique.

Peut-on en conclure que la réduction des apports sodés aurait un effet préventif sur ces risques ? Appel conclut après d'autres auteurs que la restriction sodée autour de 5g/j (niveau recommandé par l'OMS) permettrait, dans 23 pays ayant un taux élevé de maladies chroniques, d'éviter 850 000 morts/an et de réduire la prévalence de l'HTA de 11 millions de personnes¹.

Des preuves surtout indirectes

Il existe en effet peu d'essais contrôlés. Sur trois essais, deux ont montré une réduction d'événements cardiovasculaires de 21 à 41%. Des données moins probantes sont issues d'études de cohorte, difficiles à réaliser en raison des difficultés dans l'appréciation des apports sodés. Une méta-analyse récente (13 études prospectives avec 177 000 participants suivis 5 à 19 ans) montre qu'une alimentation comportant plus de 5g /j de sel est associée à une augmentation de 23% du risque d'AVC (RR 1,23 ; 1,06-1,43 ; p=0,007) et d'événements cardiovasculaires de 14% (RR 1,14 ; 0,99-1,32 ; p 0,04)².

Il semble donc que la réduction des apports sodés non seulement réduit la PA mais prévient les AVC et sans doute les maladies coronariennes¹. Une réduction autour de 5 g/j permettrait ainsi une diminution importante de la morbi-mortalité cardiovasculaire comme cela a été constaté en Finlande et dans des études contrôlées⁴ et serait aussi bénéfique que l'arrêt du tabac, la perte de poids ou les hypolipémiants³.

Que retenir pour notre pratique ?

Ne pas méconnaître ou oublier le risque des apports sodés excessifs, notamment du fait des comportements alimentaires actuels (large utilisation de produits préparés). Une grande part de l'augmentation de prévalence de l'HTA en est la conséquence.

Promouvoir l'« éducation alimentaire » individuelle. La plupart des aliments manufacturés par l'industrie sont riches en sodium. Chacun doit apprendre à reconnaître et lire la composition, à privilégier fruits et légumes frais.

Demander une action des gouvernements. Elle est encore très variable selon les pays, faible en France⁴. Pourtant l'action individuelle ne peut être efficace que si elle est associée à une action de santé publique.

Ces données concernent l'ensemble de nos patients et pas seulement ceux qui sont à risque cardiovasculaire modéré ou élevé. Les mettre en pratique pourrait avoir un effet préventif bien plus efficace que la « polypill » parfois proposée.

Comment réduire les apports sodés ?

L'objectif OMS de 5g/j est difficile : l'apport quotidien se situe autour de 10 g/j² dans la plupart des pays de l'Ouest, dont 80% dus aux produits manufacturés par l'industrie alimentaire⁴, montrant que toute action doit être diversifiée.

Des actions auprès de l'industrie. Les actions de régulation gouvernementale, la labellisation des produits manufacturés (mention des teneurs en sodium), des actions partenariales, l'éducation du public, menées depuis 1970 ont permis en Finlande une réduction de 40% des apports sodés, associée à une réduction de plus de 10mm de la PA et de 70% de la mortalité cardiovasculaire. Des actions moins globales dans d'autres pays ont eu des résultats moins probants⁴.

Les actions d'éducation du public, très efficaces, nécessitent une collaboration de l'industrie. Elle a été obtenue au Royaume Uni, avec une réduction de 30% du sodium des aliments manufacturés, sans impact sur le goût et l'accueil du public⁴. D'autres actions sont envisagées concernant la taille des portions, le type d'aliments proposés, etc⁴. L'usage de sels de substitution (moins de sodium, plus de potassium) a été très efficace en Chine⁴. Ces actions sont d'autant plus bénéfiques qu'elles sont largement diffusées par les médias, les associations de consommateurs et autres leaders d'opinion⁴.

L'éducation individuelle doit s'appuyer sur cet ensemble. Chacun doit apprendre à faire des choix alimentaires, à lire la notice de composition des produits manufacturés, à maîtriser le sel de cuisson et de table, à privilégier fruits et légumes frais.

Références

- 1- Appel LJ. The case for population-wide salt reduction gets stronger. *BMJ*. 2009; 339: 1266-7.
- 2- Strazzullo P et al. Salt intake, stroke and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2009; 339: b4567.
- 3- Appel LJ, Anderson CAM. Compelling evidence for public health action for reduce salt intake. *N Engl J Med* 2010; 362(7): 650-2.
- 4- Mohan S et al. Effective population-wide public health interventions to promote sodium reduction. *Can Med J*. 2009; 181(9): 605-9