

Mots clés :

Maladies cardiovasculaires ; Prévention Primaire ; Prévention secondaire ; Régime alimentaire ; [Cardiovascular Diseases ; Diet; Primary Prevention; Secondary Prevention

Régime « méditerranéen » et risque cardiovasculaire

Toutes les études épidémiologiques montrent que le risque cardiovasculaire (CV), cause majeure de décès dans le monde entier, est une variable continue qui progresse régulièrement avec l'âge, sous l'influence de multiples facteurs. Ces études montrent également que les habitants du pourtour de la *Mare Nostrum* sont à moindre risque que ceux des pays *du nord*. Une alimentation particulière – régime « crétois » ou plus généralement « méditerranéen », dont on retrouve des constantes dans certains pays d'Asie, eux aussi à moindre risque CV – semble expliquer cette épidémiologie particulière. Plusieurs études récentes, observationnelles^{1,3} et interventionnelle² montrent le rôle protecteur direct de l'alimentation, même si le mode de vie traditionnel risque d'être rapidement et profondément bouleversé par les évolutions socioéconomiques en cours.

Comment interviennent les divers ingrédients ?

La cohorte prospective grecque de l'étude européenne EPIC¹ a suivi durant 8 ans plus de 23 000 femmes et hommes sans cancer, maladie coronarienne ou diabète connus à l'inclusion. Leur alimentation était cotée, par rapport aux 9 principaux ingrédients du régime méditerranéen, à 0 (consommation inférieure à la médiane) ou 1 (au dessus). Les éléments les plus contributifs étaient : peu d'alcool (consommation faible à modérée : 23,5% du gain), peu de viande et charcuterie (16,6%), beaucoup de végétaux (16,2%), fruits et amandes ou noix (11,2%) et légumes (9,7%), *ratio* graisses monosaturées/saturées élevé (10,6%). Les autres ingrédients reconnus semblaient assez peu contributifs, en raison soit d'effets hétérogènes (céréales, produits laitiers), soit d'une faible consommation locale (poisson).

Prévention primaire : essai contrôlé PREDIMED

L'essai a été réalisé sur fonds publics chez 7 447 Espagnols (55 à 80 ans, 57% de femmes) à haut risque CV (facteurs multiples détaillés dans l'étude), mais sans maladie CV avérée à l'inclusion². Ils ont été tirés au sort en 3 groupes pour un régime normocalorique : méditerranéen avec 50g/j d'huile d'olive, méditerranéen avec 30g/j de noix, et contrôle conseillant seulement une réduction des graisses alimentaires. Tous participaient à des séances trimestrielles individuelles et collectives de formation et, en fonction de leur tirage au sort, recevaient gratuitement leur huile d'olive, des noix mélangées, ou de petits cadeaux non alimentaires. Les participants des groupes « régime méditerranéen »

ont déclaré l'avoir bien suivi, ce qui a été confirmé par biomarqueurs. Le critère primaire d'étude était le taux d'événements CV majeurs (infarctus du myocarde, AVC ou décès CV). Sur la base d'une analyse de résultats intermédiaires, l'essai a été arrêté à 4,8 ans en moyenne ; 288 participants avaient eu un événement CV grave. Les ratios de risque multivarié ajusté étaient respectivement de 0,70 (0,54 à 0,92) et de 0,72 (0,54 à 0,96) dans les deux groupes d'intervention (96 événements avec l'huile d'olive, 83 avec les noix) par rapport au groupe contrôle (109 événements). Aucun effet indésirable lié à l'alimentation n'a été signalé.

Prévention secondaire...

Une cohorte prospective américaine a inclus 2258 femmes de la *Nurses Health Study* et 1840 hommes de la *Health Professionals Follow-up Study* ayant survécu à un infarctus du myocarde au cours de la première période de ces études³. Les chercheurs ont évalué leur alimentation selon l'*Alternative Healthy Eating Index 2010 (AHEI2010)* (index en rapport avec une alimentation de type « méditerranéen », riche en lipides polyinsaturés, pauvre en boissons et jus de fruits sucrés). 682 femmes et 451 hommes sont décédés durant le suivi, en moyenne après 9 ans. Après ajustement des données (pour les antécédents médicaux, les facteurs de risque et les médicaments), le *Hazard Ratio* de décès était de 0,76 (0,60 - 0,96) pour la mortalité toutes causes et de 0,73 (0,51 - 1,04) pour la mortalité CV. En excluant le composant alcool, les HR ajustés étaient de 0,73 (0,58 - 0,93) pour la mortalité toutes causes et de 0,81 (0,64 - 1,04) pour la mortalité CV.

Que conclure pour notre pratique ?

Réduire de 30% en prévention primaire le risque d'évènements CV majeurs chez des patients à haut risque, équivaut à la prise d'une statine, sans effets adverses et sans surcoût⁴...

Réduire de 24% en prévention secondaire le risque de décès n'a pas davantage à envier aux essais médicamenteux, même si les résultats sont à confirmer par des essais randomisés (la *Lyon Heart Study* montrait ainsi dès 1999 une réduction de 70% de la mortalité CV post-infarctusⁱⁿ³).

De nombreuses questions restent sans réponse : prendre des hypolipémiants ferait-il « négliger » l'alimentation ? Qu'en est-il des effets du vin (« optionnel » dans *PREDIMED*) et de l'huile d'olive ? Quels sont les multiples facteurs confondants (activité physique...) ? A suivre, donc...

Références

- 1- Trichopoulos A et al. Anatomy of health effects of mediterranean diet: greek EPIC prospective cohort study. *BMJ*. 2009;338:B2337.
- 2- Estruch R et al. for the PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med*. 2013;368:1279-90.
- 3- Li S et al. Better Diet Quality and Decreased Mortality Among Myocardial Infarction Survivors. *JAMA Intern Med*. Doi:10.1001/jamainternmed.2013.9768
- 4- Estruch R. Eat a Healthy Diet and Drink Wisely to Postpone Dying If You Survived a Myocardial Infarction? Yes, but Randomized Clinical Trials Are Needed. *JAMA Intern Med*. 2013;doi:10.1001/jamainternmed.2013.7667.