



Restriction du sodium en cas d'insuffisance cardiaque : solution bénéfique ou problème salé?

QUESTION CLINIQUE

La restriction du sodium améliore-t-elle les résultats des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique?

CONCLUSION

Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique, la restriction du sodium alimentaire à moins de deux grammes par jour ne réduit pas le risque de mortalité ou d'hospitalisation par rapport à un apport de deux à trois grammes par jour.

DONNÉES PROBANTES

- Quatre revues systématiques ont évalué la restriction du sodium alimentaire chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque (de 5 à 17 essais contrôlés randomisés [ECR] regroupant de 479 à 1 683 participants)¹⁻⁴.
 - Focalisation sur la revue systématiques la plus exhaustive¹ :
 - Restriction du sodium à moins de 2 g/jour dans 11 ECR et à 2 à 3 g/jour dans 6 ECR. L'apport alimentaire dans le contexte des soins habituels variait de 2 à 5 g/jour (lorsqu'il était mentionné) et la durée des essais variait d'une semaine à un an. Treize ECR ont porté sur des patients ambulatoires et quatre, sur des patients hospitalisés.

- Aucune différence significative sur le plan des décès (toutes causes confondues ou cardiovasculaires) ou des hospitalisations (toutes causes confondues ou pour une cause cardiovasculaire).
 - La restriction du sodium a augmenté la mortalité et/ou l'hospitalisation dans trois revues²⁻⁴ :
 - Conclusion attribuable à 2 à 4 ECR des mêmes auteurs qui soulèvent plusieurs problèmes, notamment la communication de données en double, le recours à des médicaments de fond inadéquats, ainsi que l'administration de doses très élevées de furosémide (de 250 à 1 000 mg/jour) et une restriction liquidienne stricte (< 1 L/jour) qui ne sont pas représentatives de la pratique actuelle^{5,6}.
- Focalisation sur SODIUM-HF⁷, le plus vaste ECR sans insu (806 patients) : Des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique avec n'importe quelle fraction d'éjection (classe 2-3 de la New York Heart Association dans plus de 99 % des cas) et dont l'apport alimentaire en sodium était d'environ 2,2 g/jour au départ ont été répartis au hasard. Ils ont soit obtenu le soutien d'une diététiste en vue d'atteindre un apport de moins de 1,5 g/jour (apport atteint d'environ 1,7 g/jour), soit reçu les soins habituels (apport atteint d'environ 2,1 g/jour). À 1 an :
 - Décès, ou visite à l'urgence ou hospitalisation pour des raisons cardiovasculaires : 15 % par rapport à 17 % (soins habituels), aucune différence statistique.
- La restriction du sodium n'améliore pas systématiquement les symptômes d'insuffisance cardiaque ou la qualité de vie^{1,4,7}.

CONTEXTE

- Théorie de la restriction du sodium : L'activation du système rénine-angiotensine-aldostérone dans l'insuffisance cardiaque engendre la rétention du sodium et de l'eau. Et pourtant, une restriction excessive du sodium pourrait aussi exacerber cette activation⁵.
- Initialement, un numéro précédent d'Outils pour la pratique a suggéré que la restriction du sodium empirait les résultats, mais a mis en garde contre des ECR erronés. Il a ensuite été mis à jour après la rétractation de la revue systématique originelle qui appuyait cette thèse⁵.
- Les Canadiennes et Canadiens moyens consomment environ 2,8 grammes de sodium par jour⁸.
- Les lignes directrices canadiennes actuelles recommandent de restreindre l'apport en sodium à 2 à 3 g/jour, alors que les lignes directrices américaines et européennes recommandent d'éviter un apport en sodium « excessif » sans préciser des quantités⁹.
- Chez les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque chronique, la restriction du sodium (< 800 mg/jour) et des liquides (< 800 mL/jour) a accentué la soif sans diminuer les signes ou les symptômes de congestion¹⁰.

RÉFÉRENCES

1. Colin-Ramirez E, Sepehrvand N, Rathwell S, et al. *Circulation Heart Fail.* 2023;16:e009879.
2. Stein C, Helal L, Migliavaca CB, et al. *Clinical Nutrition ESPEN.* 2022;49:129-137.

AUTEURS

Ricky D. Turgeon, B. Sc.
(pharmacie), ACPR, Pharm. D.,
James McCormack, B. Sc.
(pharmacie), Pharm. D., **Jen
Potter**, M.D., CCMF

3. Urban S, Fulek M, Blaziak M, et al. Clin Res Cardiol. 2023;doi:10.1007/s00392-023-02256-7.
4. Zhu C, Cheng M, Su Y, et al. J Cardiovasc Nurs. 2022;37:570-580.
5. Korownyk C, McCormack J. Outils pour la pratique, n° 86.
6. Francis GS. J Card Fail. 2013;19:523.
7. Ezekowitz JA, Colin-Ramirez E, Ross H, et al. Lancet. 2023;399:1391-1400.
8. Santé Canada. L'apport en sodium chez les Canadiens en 2017. Ottawa, ON : Santé Canada;2018. Lien : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/food-nutrition/sodium-intake-canadians-2017/2017-sodium-intakes-report-fra.pdf>. Consulté le 4 janvier 2024.
9. MacDonald BJ, Virani SA, Zieroth S, et al. Can J Cardiol Open. 2023;5:629-640.
10. Badin G, Rabelo ER, Clause N, et al. JAMA Intern Med. 2013;173:1058-1064.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La bibliothèque d'Outils pour la pratique en français de CMFCA Apprendre est en cours de construction. Elle sera disponible à l'été 2024.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.