



Le goût du fade : le sel et les maladies cardiovasculaires

QUESTION CLINIQUE

Améliore-t-on les résultats cardiovasculaires en réduisant l'apport en sodium ou en remplaçant le sel de table par des substituts contenant du sodium et du potassium?

CONCLUSION

Selon un vaste essai clinique randomisé (ECR) réalisé auprès de patients hypertendus et/ou victimes d'un accident vasculaire cérébral dont l'apport quotidien moyen en sel était supérieur à la normale (p. ex., 4,8 g/jour), le remplacement du sel de table par un substitut est susceptible de diminuer le taux de mortalité (d'environ 4,5 % à environ 4 %) et d'accidents vasculaires cérébraux (d'environ 3,5 % à 3 %) par année. On ne sait pas si la réduction du sodium par d'autres moyens diminue la mortalité ou les événements cardiovasculaires.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.

- Substitution du sel de table (chlorure de sodium [75 %]/chlorure de potassium [25 %]), plus grand ECR¹ :
 - 20 995 participants de Chine rurale (âge d'environ 65 ans, tension artérielle moyenne : ~ 154/89, antécédents d'accident vasculaire cérébral dans 73 % des cas, apport en sodium d'environ 4,8 g au départ)², incidence estimée par année :
 - Mortalité : ~ 4% (substitution du sel) par rapport à ~ 4,5 % (apport habituel en sel), nombre de sujets à traiter (NST) = 200.
 - Accidents vasculaires cérébraux : ~ 3 % (substitution du sel) par rapport à ~ 3,4 % (apport en sel habituel), NST = 250.
 - Tension artérielle systolique : diminution de 3,3 mm Hg (substitution du sel) par rapport à la poursuite de la consommation de sel ordinaire.
 - Limites : apport en sel probablement supérieur à la moyenne.
- Quatre revues systématiques (incluant l'essai mentionné ci-dessus) ont fait état de résultats semblables pour ce qui est de la mortalité³⁻⁶.
- Effets indésirables :
 - Potassium sérique : plus élevé de 0,12 à 0,18 mmol/L avec la substitution du sel^{3,6}.
 - Dans l'ensemble, peu de cas d'hyperkaliémie grave et d'aggravation de la fonction rénale^{3,6}.
 - Limites : exclusion de la néphropathie grave¹.
- Réduction du sodium : Aucun ECR n'a été assez puissant pour déceler un changement du point de vue de la mortalité et des événements cardiovasculaires^{7,8}.

CONTEXTE

- Les lignes directrices :
 - Recommandent la réduction du sodium (p. ex., < 2g/jour), mais il n'y a aucun moyen fiable qui permette aux patients d'estimer leur consommation de sodium⁹.
 - Apport en sodium moyen (population canadienne) : ~ 2,7 à 3,6g/jour^{10,11}.
- Au Canada, le substitut contenant 75 % de chlorure de sodium et 25 % de chlorure de potassium n'est pas disponible. Des produits contenant différents mélanges de sel et de chlorure de potassium (renfermant 50 % moins de sodium que le sel ordinaire) sont disponibles (p. ex., Half-Salt^{MC}).
- Tension artérielle :
 - ECR : La diminution de l'apport en sodium (d'environ 3,6 à environ 2,6 g/jour) abaisse la TA d'environ 4 mm Hg après 2,5 ans^{7,8}. Toutefois, ce résultat a été obtenu à l'aide d'un counseling sur la réduction du sodium. On ne sait pas si de brèves interventions ou du matériel d'auto-assistance sont utiles à long terme.
 - L'effet de la substitution et de la réduction du sodium sur la tension artérielle est comparable à celui des antihypertenseurs¹².
- Si les aliments transformés constituent une importante source de sodium (une situation courante en Amérique du Nord, mais non en Chine rurale), la substitution ou la réduction du sodium est susceptible d'avoir une incidence moindre.
- Il importe de mettre l'accent sur des choix alimentaires plus sains. Il a été démontré que le régime méditerranéen réduit le risque d'événements cardiovasculaires¹³.

RÉFÉRENCES

1. Neal B, Wu Y, Feng X et al. N Engl J Med. 2021 Sep 16;385(12):1067-1077.
2. Yin X, Paige E, Tian M et al. Hypertension. 2023 May;80(5):956-965.
3. Greenwood H, Barnes K, Clark J et al. Ann Intern Med. 2024 May;177(5):643-655.
4. Yin X, Rodgers A, Perkovic A et al. Heart. 2022 Sep 26;108(20):1608-1615.
5. Tsai YC, Tsao YP, Huang CJ et al. J Clin Hypertens (Greenwich). 2022 Sep;24(9):1147-1160.
6. Brand A, Visser ME, Schoonees A et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Aug 10;8(8):CD015207.
7. Adler A, Taylor F, Martin N et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 18;2014(12):CD009217.
8. Whelton PK, Appel LJ, Espeland WB et al. JAMA. 1998 Mar 18;279(11):839-846.
9. O'Donnell M, Mente A, Alderman M et al. Eur Heart J. 2020 Sep 14;41(35):3363-3373.
10. L'apport en sodium chez les Canadiens en 2017. Santé Canada. 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 18 septembre 2024.
11. Mean salt intake in adults aged 25 years and older in the Americas, 1990-2019. Portail de données ENLACE. Organisation panaméricaine de la Santé. Lien : <https://www.paho.org/en/enlace/salt-intake>. Consulté le 18 septembre 2024.
12. McLean R. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Aug 18;8(8):ED000158.
13. Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M et al. Canadian Family Physician. Oct. 2023;69(10):e189-e201.

AUTRICES

Émélie Braschi, M.D., Ph.D.,
CCMF
Jennifer Young, M.D., CCMF-
MU

*Les autrices 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. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont 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 version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

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.