Le sel à nouveau sur la sellette

Relationships between salt intake and health: Into question, again!

J.-L. Schlienger
Professeur émérite,
Faculté de médecine de Strasbourg.

Résumé

De nombreuses études ont montré l'existence d'une relation significative entre les apports en sel, la pression artérielle, la mortalité cardiovasculaire, et même la mortalité globale. Toutefois, le bénéfice pour la santé de faibles apports en sodium reste débattu. Deux études récentes apportent des éléments nouveaux, susceptibles de faire évoluer les recommandations. La relation entre les apports sodés estimés par la natriurèse et la pression artérielle est variable. La pente est plus marquée en cas d'apports sodés élevés, d'hypertension artérielle, et chez les personnes âgées. Des apports sodés élevés sont associés à un accroissement du risque de mortalité et d'évènements cardiovasculaires, mais, paradoxalement, une excrétion sodée urinaire < 3 grammes/jour est également associée à une augmentation du risque de mortalité. Le risque le plus faible est observé pour une excrétion sodée comprise entre 3 et 6 g/j. L'excrétion de potassium urinaire élevée est associée à une diminution du risque. Selon une étude modélisée prenant pour référence une excrétion urinaire de 2 g/j, la mortalité mondiale annuelle attribuable à des apports sodés supérieurs serait de 1,65 millions. Ces données confortent l'impact d'un apport sodé excessif sur la mortalité et situent la fourchette de l'apport sodé optimal entre 4 et 6 g/jour. Cet objectif pourrait être atteint en réduisant la consommation des aliments transformés – qui sont les principaux pourvoyeurs de sel – et en augmentant la part des fruits et légumes riches en potassium.

Mots-clés : Sodium urinaire – potassium urinaire – pression artérielle – mortalité cardiovasculaire – mortalité globale.

Summary

Numerous studies have shown that the level of sodium intake was significantly and positively associated with blood pressure, cardiovascular mortality and even all causes mortality. However the health effects of low sodium intake remain controversial. Two recent studies add new data on this matter. The relationship between high levels of sodium intake estimated by urinary sodium excretion and blood pressure is variable. The slope of association was steeper with higher sodium intake, for persons with hypertension, and with increased age. High sodium excretion was associated with an increased risk of death and major cardiovascular events. However a sodium excretion below 3 g/day was also associated with an increased risk. A sodium intake between 3 and 6 g/day was associated with a lower risk of death and cardiovascular events. Higher potassium excretion was associated with a reduced risk. In a modeling study there is a strong linear relationship between sodium intake and cardiovascular death. About 1.65 million annual deaths from cardiovascular causes were attributed to a sodium intake above a reference level of 2 g/day. In clinical practice the reduction in the consumption of transformed food -generally rich in sodium- and the promotion of the consumption of vegetables and fruit rich in potassium may significantly decrease cardiovascular and all causes deaths.

Key-words: *Sodium excretion – potassium excretion – blood pressure – cardiovascular mortality – global mortality.*

Correspondance

Jean-Louis Schlienger
8, rue Véronèse
67200 Strasbourg
jean-louis.schlienger@wanadoo.fr

© 2015 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

Introduction

Avec le sucre et les graisses saturées, le sel fait partie de la triplette diabolisée par les media depuis plusieurs décennies. Les professionnels de santé en ont fait l'une des cibles principales de la prévention nutritionnelle, certains considérant même que le sel se comportait comme « *un tueur* en *série lorsqu'on en abusait* ». Pierre Méneton, l'un des grands pourfendeurs du sel, résume bien la situation : « *l'excès de sel est généralement un tueur masqué. Car le sel se dissimule partout. Il est dans le pain,… dans les plats cuisinés,… dans les gâteaux sucrés,… dans les barres chocolatées… Le sel que l'on ajoute soi-même en secouant la salière ne représente qu'une part minoritaire du sel ingéré.* » [1].

Des apports en sel excessifs

À vrai dire, la cause parait entendue depuis des lustres. Avant l'avènement des diurétiques, le régime sans sel était tenu pour l'arme absolue dans le traitement des poussées d'insuffisance cardiaque ou de l'hypertension artérielle (HTA) sévère. Depuis, le régime sans sel a quasiment disparu des prescriptions, pour céder la place au pudique régime « hyposodé », dont le concept et les indications ont été rappelés récemment dans ces colonnes [2]. Après une période de désaffection en thérapeutique, pour toutes sortes de bonnes et de mauvaises raisons, les stratégies de réduction des apports sodés ont été remises « en selle », sur la foi de plusieurs études épidémiologiques et d'intervention qui ont formellement établi une relation entre le sel ingéré et la pression artérielle (PA). Parmi d'autres, l'étude INTERSALT (pour *An international study of electrolyte excretion and blood pressure*), menée auprès de plus de 10 000 sujets recrutés dans 52 centres ouverts dans 32 pays, a clairement démontré que la PA la plus élevée était observée dans les populations consommant le plus de sel [3]. Des méta-analyses réalisées à partir de plusieurs études d'intervention méthodologiquement recevables ont confirmé la relation positive entre sel et PA, en démontrant la réversibilité de la PA chez des sujets hypertendus [4]. La réduction de la PA observée est fonction de la PA initiale ; elle est plus marquée chez les sujets hypertendus que chez les normotendus. Par ailleurs, certains groupes de sujets s'avèrent plus « sensibles au sel » que d'autres – dont les diabétiques et les africains noirs –, et l'on estime que 50 % des hypertendus seraient sensibles au sel.

À la suite de ces études probantes, le niveau d'apport en sel est devenu une grande préoccupation de santé publique, que le Plan national nutrition santé (PNNS) n'a pas manqué de prendre en compte. Il est vrai que, comparé aux besoins physiologiques estimés à 2 grammes/jour, l'apport observé par l'enquête Nutrinet-Santé dans une population d'internautes français, a de quoi laisser rêveur et… de pousser à l'action [5]. En effet, selon cette enquête, les apports moyens de sel sont, en France, de 8,4 g/j. Seuls 5 % des hommes et 18 % des femmes se situent dans la fourchette de consommation fixée par les recommandations de divers pays (moins de 6 g/j), alors que 12 % des hommes et 2 % des femmes consomment journellement plus de 12 grammes de sel [5]. Autant de sel est, à l'évidence, inutile, voire dangereux.

Mais les consommateurs, dont le goût a été formaté par un environnement alimentaire débordant de sel, perçoivent moins bien les oukases sévères des décideurs de santé publique que les sollicitations hédoniques, qu'on ne saurait leur reprocher. Les aliments transformés, largement répandus, flattent leurs penchants aux plaisirs les plus faciles et les moins nobles. Nous l'avons rappelé d'entrée de jeu, en citant Pierre Méneton, ils sont tous assortis de sel, de façon évidente lorsqu'il s'agit de salaison, ou de façon plus subtile pour les produits sucrés et fromagers. À moins de ne consommer que des fruits et légumes ou des céréales au naturel, il est bien difficile, sinon impossible, d'échapper à l'emprise du sel…Il envahit les assiettes et engage les consommateurs dès leur plus jeune âge – *fast-food* et *junk-food* obligent - dans une course déraisonnable au plus salé, au plus sucré, et au plus gras. À tel point que le niveau d'apport en sel est devenu un marqueur pertinent du style alimentaire contemporain.

Ces propos sont devenus des lieux communs pour tout médecin un tant soit peu concerné par la prévention, et sont de mieux en mieux connus du grand public. Récemment, deux méta-analyses *Cochrane*, l'une portant sur 28 essais comportant une réduction sodée modeste, et l'autre sur 165 études, dont certaines comprenaient des apports sodés extrêmement faibles, ont enfoncé le clou, mais sans préciser si la PA diminuait de façon linéaire avec la diminution des apports sodés et sans chercher à quantifier l'hétérogénéité de la relation en fonction de l'âge, de l'ethnie, et da présence ou non d'une hypertension artérielle (HTA) [6, 7]. Pourtant, la relation entre le sel et la PA et la morbi-mortalité cardiovasculaire n'a pas livré tous ses secrets.

La part du potassium dans l'équation apport sodé-PA, suggérée, sinon démontrée, dans diverses études, mais souvent occultée, justifie que l'on s'intéresse au rapport sodium (Na)/potassium (K), davantage qu'aux apports sodés bruts. À l'évidence, la relation entre le sel et la PA est plus complexe qu'il n'y parait, comme le montrent deux études récemment publiées, qui apportent leur lot de paradoxes et de surprises.

Une relation hétérogène entre les apports sodés et la pression artérielle

L'étude *Prospective urban rural epidemiology* (PURE) pimente ce que l'on savait des relations entre le sel, le potassium, et la régulation de la PA, par des données dont certaines sont pour le moins inattendues [8]. Cette étude prospective internationale, de grande envergure, à laquelle ont participé 102 216 sujets dans 18 pays des cinq continents, a réévalué l'association entre le rapport Na urinaire (Na-U)/K urinaire (K-U) – mesuré sur un échantillon urinaire matinal – et la PA. Dans cette population, qui comprenait 42 % de sujets hypertendus (14,5 % traités) et 7 % de sujets diabétiques, le seuil

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3274240

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3274240

Daneshyari.com