

Et ailleurs ...?

Antoine de Torrenté

Histoire de sel: enfin la fin?

La question

L'association entre la consommation de sel et les événements cardiovasculaires est un vrai serpent de mer. En particulier l'existence ou non d'une courbe en U associant une consommation faible avec une mortalité augmentée a toujours été débattue mais bien des études examinant cette problématique ont été critiquées. En effet les populations étaient parfois inhomogènes (diabétiques ou non), l'estimation de la consommation journalière mal documentée (questionnaire alimentaire, spot urinaire avec extrapolation...). De plus, l'effet de la consommation de sel n'est probablement pas le même si les patients sont hypertendus ou non. Une analyse de 4 grandes études vise à clarifier la question.

La méthode

Les études sélectionnées étaient: PURE, EPIDREAM, ONTARGET et TRANSCEND. Le pool des patients comprenait ~133 000 personnes, dont ~63 550 hypertendus (TA 140/90 ou plus) et ~69 500 normotendus. L'âge médian était de 55 ans (59 pour les hypertendus et 51 pour

les normotendus). 11% étaient diabétiques et 74% n'avaient pas de maladie cardiovasculaire avérée. La consommation de sel était estimée par un spot urinaire du matin, une méthode qui estime la consommation de 24 heures avec un r de 0,73 (un r de 1 indique une adéquation parfaite). Le suivi médian était de 4,2 ans. L'issue primaire était un composite de décès, d'infarctus du myocarde ou d'AVC. Les patients ont été stratifiés en 6 groupes selon leur consommation de sodium (1 g de Na = 2,54 g de sel): <3 g de Na/j, 3-3,99, 4-4,99, 5-5,99, 6-6,99 et >7 g/j.

Les résultats

Chez les hypertendus chaque augmentation de 1 g de Na augmente la TA systolique de 2 mm Hg comparé à 1,33 mm Hg chez les normotendus. Chez les patients hypertendus il existe une nette courbe en U pour la mortalité: HR 1,23 pour la consommation de >7 g vs HR de 1 pour une consommation entre 4 et 5 g, HR 1,34 pour une consommation <3 g. Chez les patients normotendus >7 g ne conduit pas à une augmentation du risque de l'issue primaire. Mais, <3 g/j augmente le risque avec un HR de 1,26.

Problèmes et commentaires

Le problème numéro un est l'estimation de la consommation de 24 heures de Na par un échantillon urinaire du matin. La variabilité de la consommation au cours du temps n'a pas non plus pu être prise en compte. Idéalement il faudrait faire plusieurs recueils de 24 heures mais c'est une entreprise pratiquement impossible dans les conditions de vraie vie. Il est plus facile de faire une IRM qu'un recueil fiable des urines de 24 heures! Prenons donc en compte un message simple et probablement correct malgré les caveats: Chez les normotendus et les hypertendus une consommation de Na <3 g/j est délétère. Seuls les hypertendus sont affectés par une consommation au-delà de 4-5 g/j et surtout >7 g/j. La consommation «idéale» se situe probablement entre 4 et 5 g de Na/j (10 et 13 g de sel). Une faible consommation de sel peut activer le système rénine-angiotensine aldostérone et les catécholamines ce qui explique peut-être l'augmentation des événements cardiovasculaires. Cette étude questionne aussi les efforts préconisés d'une diminution générale du sel dans les mets industriels. Comme souvent: trop ou trop peu gâtent tous les jeux...

Mente A, et al. *Lancet*. 2016;388(10043):465-75.

Lait maternel: la potion magique?

Pour les grands prématurés un premier mois d'alimentation au lait maternel procure un avantage certain sur le développement neuro-psychologique. 180 enfants pesant à la naissance <1250 g ont été nourris au lait maternel ou par un lait commercial. A sept ans les enfants nourris au lait maternel ont un QI meilleur (+ 0,5 point par jour de nutrition), sont meilleurs en mathématiques, en mémoire de travail et en fonction motrice. A l'IRM ils ont aussi plus de matière grise dans les noyaux profonds. Quel est l'ingrédient presque magique du lait maternel?

Belfort MB, et al. *J Pediatr*. 2016;177:133-9.

[http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(16\)30411-5/pdf](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(16)30411-5/pdf).

Dépistage lipidique chez les jeunes adultes?

En 2008 l'USPSTF recommandait de tester les jeunes adultes ayant des risques de maladie coronaire avec l'idée qu'un traitement hypoli-

pémiant pouvait être bénéfique. Mais dans une nouvelle revue les auteurs sont moins clairs et préfèrent affirmer que les bénéfices potentiels dans cette population doivent être extrapolés à partir des données obtenues dans des populations plus âgées. Le plus danger est probablement de traiter inutilement des patients qui n'en ont pas besoin...

Chou R, et al. *Ann Intern Med*. 2016;165(8):560-4.

Position assise et mortalité

Une métaanalyse de 16 études examine la relation entre la position assise prolongée et la mortalité chez >1 million d'adultes. Le groupe de référence était des personnes assise <4 heures/j et avec le plus d'activité physique (>35,5 MET/semaine). Le reste de la population a été divisée en quartiles. La mortalité augmente à chaque quartile de temps de position assise et ceci jusqu'à 59% d'augmentation comparée à la population de référence. Mais même le risque de plus de 4 heures de position assise est heureusement compensé par 60-

75 minutes d'activité physique modérée/j. Il y a des bureaux où les employés peuvent travailler debout...

Ekelund U, et al. *Lancet*. 2016;388(10051):1302-10.

Vaut-il la peine de baisser le LDL-cholestérol à des taux très bas?

Une étude israélienne chez des patients avec une coronaropathie (n = 31000) stable et prenant des statines a examiné l'association entre un taux de LDL-cholestérol obtenu par le traitement et les événements cardiovasculaires majeurs. Résultats: les patients avec un taux entre 1,8 mmol/l et 2,6 mmol/l ont moins d'événements cardiovasculaires que les patients avec des taux entre 2,6 et 3,36. Mais aucun bénéfice supplémentaire est obtenu par des taux <1,8. Inutile donc de s'acharner si un taux de 1,8 est atteint...

Leibowitz M, et al. *JAMA Intern Med*.

2016;176(8):1105-13.