



Cochrane
Cameroon



Journée mondiale contre les accidents vasculaires cérébraux

29 Octobre 2024

Table des matières

EDITORIAL.....	3
LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX CAMEROUN.....	4
RESUMES DE REVUES SYSTEMATIQUES.....	5
1. Des rappels par SMS peuvent-ils aider les personnes souffrant de maladies cardiaques à prendre régulièrement leurs médicaments?	5
2. Un taux de sucre faible pour prévenir les maladies cardiovasculaires.....	7
3. Valeurs cibles de pression artérielle chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire	8
4. Le fait d'arrêter de fumer rend-il les personnes atteintes d'une maladie cardiaque moins susceptibles de subir une nouvelle crise cardiaque ?.....	9
5. Interventions visant à réduire le comportement sédentaire après un AVC.....	11
6. La limitation des périodes de prise alimentaire (jeûne intermittent) permet-elle de prévenir les maladies cardiovasculaires ?.....	12
7. L'utilisation de substituts du sel à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire réduit-elle la pression artérielle et le risque de maladie cardiovasculaire, et est-elle sûre ? ..	14

Ce document a été préparé par Cochrane Cameroun pour mettre à la disposition des **professionnels de la santé** des données probantes sur la prévention et la prise en charge des cas d'AVC. Bonne lecture

EDITORIAL

Le 29 octobre, la Journée mondiale de l'AVC 2024 vise à sensibiliser sur la prévention, le traitement et la rééducation des accidents vasculaires cérébraux à l'échelle mondiale. D'après les statistiques mondiales, cette année, plus de 12 millions d'individus seront confrontés au premier accident vasculaire cérébral (AVC), et environ 6,5 millions en décèderont.

Aujourd'hui, plus de 100 millions d'individus subissent les conséquences d'un accident vasculaire cérébral. L'AVC s'accroît avec l'âge, toutefois plus de 60 % des cas d'AVC se produisent chez les individus de moins de 70 ans et environ 16 % parmi ceux qui ont moins de 50 ans.

Dans les pays à faible et moyen revenu, l'augmentation des cas d'AVC est plus rapide, en raison des difficultés accrues en matière de soins médicaux et de réhabilitation. Environ 0,66 % du PIB mondial représente le coût global des AVC, qui pourrait atteindre 1 000 milliards de dollars aux États-Unis avant 2030.

Pourquoi cette synthèse a-t-elle été produite?

Afin de proposer des données probantes à jour sur la prévention et le traitement de l'AVC.

Qu'est-ce qu'une revue systématique ?

Un résumé d'études qui répond à une question clairement formulée et qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et juger de manière critique les études pertinentes. Les données de différentes études sont extraites et peuvent être analysées ensemble grâce aux techniques de méta-analyses.

LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX CAMEROUN

Au Cameroun, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent une source importante de maladies et de décès, principalement en raison du taux élevé d'hypertension artérielle et de diabète dans la population. Cette question est traitée par le ministère de la Santé Publique (MINSANTE), qui met tout en œuvre pour sensibiliser et renforcer les compétences dans le traitement des accidents vasculaires cérébraux.

L'action du MINSANTE comprend l'implémentation de la couverture santé universelle (UHC), dont le but est d'optimiser l'accès aux soins pour les affections chroniques, notamment les accidents vasculaires cérébraux. Cette démarche a pour objectif de diminuer le poids financier des patients et d'optimiser l'accès aux services médicaux pour chacun, notamment dans les zones où l'accès aux services de santé est limité.

Les approches de sensibilisation se combinent avec des campagnes d'information visant à détecter les symptômes préliminaires de l'AVC et encourager des interventions promptes, ce qui est essentiel pour réduire les conséquences. Outre ces mesures, MINSANTE travaille en partenariat avec d'autres intervenants du domaine de la santé afin d'optimiser les compétences des institutions sanitaires pour le diagnostic et la gestion des cas d'AVC.

Pour obtenir davantage d'informations sur les politiques et actions du MINSANTE en matière d'AVC, il est recommandé de se référer aux informations officielles disponibles sur le site web du ministère de la Santé Publique du Cameroun ou via des communiqués spécifiques.

RESUMES DE REVUES SYSTEMATIQUES

I. Des rappels par SMS peuvent-ils aider les personnes souffrant de maladies cardiaques à prendre régulièrement leurs médicaments?

Principaux messages

En raison d'un manque de données probantes, les bénéfices de la messagerie textuelle sur l'observance du traitement, les événements cardiovasculaires mortels (décès par maladie cardiaque), les événements cardiovasculaires non mortels (complications cardiaques ou accident vasculaire cérébral), les événements combinés de MCV (décès par maladie cardiaque, complications cardiaques ou accident vasculaire cérébral), le cholestérol, la pression artérielle et la fréquence cardiaque ne sont pas clairs.

Des études plus importantes et bien planifiées sont nécessaires pour mesurer les effets à plus long terme de la messagerie textuelle sur l'amélioration de l'observance thérapeutique chez les personnes souffrant de maladies cardiaques, en particulier dans les pays à faible revenu.

Pourquoi cette revue est-elle importante ?

Au moins 523 millions de personnes souffrent de maladies cardiaques dans le monde. Des médicaments sont souvent prescrits pour traiter la maladie. Cependant, la majorité des personnes ne prennent pas les médicaments dont elles ont besoin pour éviter d'avoir d'autres problèmes cardiaques. L'une des méthodes possibles pour améliorer les comportements en matière de prise de médicaments consiste à utiliser des rappels par SMS. La messagerie textuelle par téléphone mobile pourrait aider les personnes souffrant de maladies cardiaques à prendre leurs médicaments en leur envoyant des informations sur la santé et des rappels par SMS. Toutefois, on ne sait pas encore si la messagerie textuelle peut aider les personnes souffrant de maladies cardiaques à prendre régulièrement leurs médicaments.

Que voulions-nous découvrir ?

Nous voulions savoir si la messagerie textuelle était efficace pour améliorer l'observance du traitement chez les personnes souffrant de maladies cardiaques, par rapport aux personnes qui ne recevaient pas de SMS. Nous nous sommes également intéressés aux effets de la messagerie textuelle sur les événements cardiovasculaires mortels (décès dus à une maladie cardiaque), les événements cardiovasculaires non mortels (complications cardiaques ou accident vasculaire cérébral), les événements combinés de MCV (décès dus à une maladie cardiaque, complications cardiaques ou accident vasculaire cérébral), la pression artérielle, le cholestérol et la fréquence cardiaque.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché dans les bases de données médicales des études portant sur les effets de la messagerie textuelle par téléphone portable sur l'observance des traitements médicamenteux chez les personnes souffrant de maladies cardiaques.

Qu'avons-nous trouvé ?

Nous avons trouvé 18 études portant sur 8136 personnes souffrant de maladies cardiaques. Les études ont été menées dans 11 pays. Toutes les études ont comparé l'utilisation de SMS à la non-utilisation de SMS.

Résultats principaux

Toutes les études ont été réalisées dans des pays à revenus moyens ou élevés, aucune étude n'ayant été réalisée dans des pays à faibles revenus. Les personnes souffraient de différents types de maladies cardiaques et étaient âgées en moyenne de 53 à 64 ans. La plupart des personnes venaient d'hôpitaux ou de centres de réadaptation cardiaque. Les études ont duré de un à douze mois. La méthode d'envoi et la fréquence des SMS diffèrent d'une étude à l'autre. Certaines études ont envoyé des SMS personnalisés en fonction des caractéristiques des patients et ont permis à ces derniers de répondre aux messages. Le contenu des SMS varie également d'une étude à l'autre. En général, les SMS comprenaient des rappels de médicaments et des informations sur un mode de vie sain, comme le régime alimentaire, l'activité physique et la perte de poids.

Les études ont utilisé des méthodes de mesure et des définitions différentes de l'observance du traitement, ce qui nous a empêchés de combiner les résultats des études pour ce critère de jugement. Par conséquent, les effets combinés de la messagerie textuelle sur l'observance du traitement sont inconnus. Sur les 18 études incluses, 10 études ont montré que la messagerie textuelle était efficace pour améliorer l'observance du traitement. Les huit autres études ont montré une réduction ou une absence de différence dans l'observance du traitement par rapport aux personnes qui n'ont pas reçu de SMS. Étant donné que les résultats sur l'observance du traitement diffèrent d'une étude à l'autre, nous ne sommes pas certains que la messagerie textuelle puisse améliorer l'observance du traitement.

Nous avons constaté que l'envoi de SMS pourrait avoir peu ou pas d'incidence sur les événements cardiovasculaires mortels (décès dus à des maladies cardiaques). En outre, nous sommes très incertains sur le fait de savoir si l'utilisation de la messagerie textuelle peut réduire la pression artérielle, le cholestérol, la fréquence cardiaque, les événements cardiovasculaires non mortels (complications cardiaques ou accident vasculaire cérébral) et les événements combinés de MCV (décès dû à une maladie cardiaque, à des complications cardiaques ou à un accident vasculaire cérébral) par rapport aux personnes qui n'ont pas reçu de SMS. Deux études ont rapporté des événements cardiovasculaires non mortels, mais aucune d'entre elles a trouvé de données probantes suggérant une différence entre les groupes. Une seule étude a rapporté des événements combinés de MCV et n'a pas trouvé de données probantes suggérant une différence entre les groupes.

Quelles sont les limites des données probantes ?

Le niveau de confiance des données probantes est faible ou très faible. Trois facteurs principaux ont abaissé le niveau de confiance des données probantes. Tout d'abord, les méthodes de recherche utilisées dans les études n'étaient pas de la meilleure qualité. Il est possible que les participants aux études aient su quel traitement ils recevaient, ce qui

aurait pu influencer les résultats. En outre, toutes les études n'ont pas fourni de données sur tous les aspects qui nous intéressaient. Deuxièmement, le contenu et la méthode de diffusion des SMS diffèrent d'une étude à l'autre. Troisièmement, les résultats étaient très incohérents d'une étude à l'autre, et il n'y avait pas assez d'études pour être certain des résultats de nos critères de jugement.

Ces données probantes sont-elles à jour ?

Cette revue met à jour notre revue précédente. Les données probantes sont à jour jusqu'en août 2023.

Référence : Redfern J, Tu Q, Hyun K, Hollings MA, Hafiz N, Zwack C, Free C, Perel P, Chow CK. Mobile phone text messaging for medication adherence in secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 3. Art. No.: CD011851. DOI: 10.1002/14651858.CD011851.pub3.

2. Un taux de sucre faible pour prévenir les maladies cardiovasculaires

Contexte

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont un groupe de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins et constituent la première cause de décès dans le monde. Il est important de détecter les facteurs de risque modifiables et de trouver des stratégies pour prévenir les MCV. Il existe plusieurs facteurs de risque modifiables établis pour développer des MCV, l'un d'entre eux étant d'avoir une mauvaise hygiène alimentaire avec une alimentation riche en sucre. Le sucre peut être divisé en deux catégories: les sucres naturellement présents dans les aliments et les sucres ajoutés aux aliments. Il est suggéré qu'une consommation élevée de sucres ajoutés entraîne une prise de poids et affecte les lipides sanguins, augmentant ainsi le risque de MCV. Cette revue a évalué différents niveaux de sucres ajoutés dans l'alimentation et l'effet sur les événements cardiovasculaires (par exemple, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral), l'effet sur la mortalité et sur les facteurs de risque de MCV chez les adultes en bonne santé.

Caractéristiques des études

Des recherches ont été effectuées dans les bases de données d'essais cliniques contrôlés randomisés (essais cliniques dans lesquels les participants sont répartis de manière aléatoire entre un traitement expérimental et un traitement de contrôle). Les essais inclus dans cette revue comparaient différents niveaux de consommation de sucres ajoutés et leurs effets sur les facteurs de risque de MCV chez des adultes en bonne santé. Les personnes ayant déjà souffert de MCV ou souffrant de diabète n'ont pas été incluses dans cette revue.

Principaux résultats

Vingt et un essais ont été trouvés avec 1110 participants. Aucun des essais ne portait sur les événements cardiovasculaires ou les décès. Les essais ont porté sur la pression artérielle, les taux de lipides sanguins et les taux de sucre dans le sang. La revue a révélé qu'une faible consommation de sucre ajouté entraînait une légère réduction de la pression artérielle et des taux de lipides sanguins, mais aucun effet n'a été observé sur la glycémie. Les données probantes sont à jour jusqu'en juillet 2021.

Qualité des données probantes

Les études incluses dans la revue fournissent des données probantes de faible qualité suggérant que de faibles niveaux de sucre ajouté dans l'alimentation réduisent indirectement le risque de maladie cardiovasculaire. Il faut davantage d'études à long terme de bonne qualité évaluant les effets de différents niveaux de sucre sur les facteurs de risque de MCV, les événements cardiovasculaires et les décès.

Référence : Bergwall S, Johansson A, Sonestedt E, Acosta S. High versus low- added sugar consumption for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 1. Art. No.: CD013320. DOI: 10.1002/14651858.CD013320.pub2.

3. Valeurs cibles de pression artérielle chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire

Principaux messages

Les données probantes identifiées dans cette revue ne soutiennent pas des valeurs cibles de pression artérielle inférieures aux valeurs cibles standard chez les personnes souffrant d'une pression artérielle élevée (également connue sous le nom d'hypertension) et de problèmes cardiaques ou vasculaires (vaisseaux sanguins et système circulatoire).

D'autres nouveaux essais sont nécessaires pour examiner cette question

Qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?

L'hypertension (pression artérielle élevée) est une affection de longue durée qui augmente le risque de problèmes de santé tels que les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux ou les maladies rénales.

Comment traite-t-on l'hypertension artérielle ?

De nombreuses personnes souffrant de problèmes cardiaques ou vasculaires souffrent également d'hypertension artérielle. Certaines recommandations cliniques préconisent une valeur cible de pression artérielle plus basses (135/85 mmHg ou moins) chez les personnes souffrant d'hypertension et ayant déjà eu des problèmes cardiaques ou vasculaires que pour celles qui n'en ont pas (140 mmHg à 160 mmHg ou moins systolique (pression lorsque le cœur pompe le sang dans tout le corps) et 90 mmHg à 100 mmHg diastolique ou moins (pression lorsque le cœur se repose entre les battements) sont les valeurs cibles de pression artérielle standard). Il n'est pas clair si des valeurs cibles moins élevées entraînent des bénéfices globaux pour la santé.

Que voulions-nous découvrir ?

Nous voulions savoir si des valeurs cibles de pression artérielle plus bas sont meilleurs que des valeurs cibles de pression artérielle standard pour les personnes souffrant d'hypertension artérielle et de problèmes cardiaques ou vasculaires.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché des études comparant des valeurs cibles de pression artérielle plus bas à des valeurs cibles de pression artérielle standard chez des personnes souffrant d'hypertension artérielle et ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire (cardiopathie, angine, accident vasculaire cérébral, maladie vasculaire). Les études devaient parler des résultats tels que les décès ou autres événements causés par des

maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins, comme la crise cardiaque, l'accident vasculaire cérébral ou l'insuffisance cardiaque. Les études pourraient également porter sur d'autres types d'effets secondaires liés à la santé. Nous n'avons retenu que les études randomisées (où les personnes sont placées au hasard dans l'un des deux groupes de traitement ou plus) comptant au moins 50 personnes dans chaque groupe et ayant duré au moins six mois.

Qu'avons-nous trouvé ?

Dans cette mise à jour, nous avons trouvé une nouvelle étude, ce qui donne un total de sept études avec 9595 personnes incluses dans la revue. Nous n'avons trouvé que peu ou pas de différence dans le nombre total de décès, ou de décès d'origine cardiaque ou vasculaire entre les valeurs cibles de pression artérielle inférieures et standard. Il y avait également peu ou pas de différence pour le nombre total de problèmes cardiaques ou vasculaires et le nombre total de préjudices graves, mais les données probantes étaient moins certaines.

Quelles sont les limites des données probantes ?

Sur la base d'incertitudes et d'informations limitées, nous avons constaté qu'un plus grand nombre de personnes ont abandonné les essais en raison d'effets néfastes liés aux médicaments dans le groupe cible de pression artérielle inférieure et de l'absence de bénéfice global pour la santé chez les personnes du groupe cible inférieur.

Ces données probantes sont-elles à jour ?

Il s'agit de la troisième mise à jour d'une revue publiée pour la première fois en 2017. Les données probantes sont à jour jusqu'en janvier 2022.

Référence : Saiz LC, Gorricho J, Garjón J, Celaya MC, Erviti J, Leache L. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 11. Art. No.: CD010315. DOI: 10.1002/14651858.CD010315.pub5.

4. Le fait d'arrêter de fumer rend-il les personnes atteintes d'une maladie cardiaque moins susceptibles de subir une nouvelle crise cardiaque ?

Principaux messages

- Les personnes atteintes de maladies cardiaques qui arrêtent de fumer sont susceptibles de voir diminuer le risque de crises cardiaques futures ou d'autres événements liés au cœur ou aux vaisseaux sanguins, comme les accidents vasculaires cérébraux.
- Il est peu probable que les personnes atteintes de maladies cardiaques qui arrêtent de fumer aient une moins bonne qualité de vie.

Tabagisme et maladies cardiaques

Fumer augmente le risque de crise cardiaque, mais on dispose de moins d'informations pour savoir si l'arrêt du tabac peut réduire le risque d'une deuxième crise cardiaque.

Pourquoi nous avons réalisé cette revue Cochrane

Nous avons voulu savoir si le fait d'arrêter de fumer après une crise cardiaque pouvait réduire les risques d'avoir d'autres crises cardiaques ou d'autres types de maladies liées au cœur ou aux vaisseaux sanguins. Si l'arrêt du tabac permet de prévenir d'autres maladies, cela pourrait motiver davantage de personnes à arrêter de fumer et

encourager les médecins et les infirmières à fournir un soutien plus actif pour aider les gens à arrêter.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché des études qui ont duré au moins 6 mois et qui ont inclus des personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie cardiaque et qui fumaient au moment où l'étude a commencé. Les études devaient également mesurer si les personnes avaient ou non arrêté de fumer et si elles avaient ou non subi un autre événement lié à leur cœur ou à leurs vaisseaux sanguins, comme une autre crise cardiaque ou une attaque. Date de recherche: nous avons inclus les études publiées jusqu'au 15 avril 2021.

Ce que nous avons trouvé

Nous avons trouvé 68 études portant sur 80 702 personnes. La plupart des études comprenaient des hommes et des femmes adultes issus de la population générale, mais 11 études ne comprenaient que des hommes. Nous avons examiné les résultats combinés de 60 études qui ont mesuré les événements liés aux maladies cardiaques et de 8 études qui ont mesuré la qualité de vie des personnes sur une période de 6 mois ou plus.

Quels sont les résultats de notre revue ?

Par rapport aux personnes qui ont continué à fumer, les personnes qui ont arrêté de fumer avaient un tiers de moins de risque de mourir d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral (données probantes recueillies auprès de 17 982 personnes dans 18 études) et un tiers de moins de risque de subir une nouvelle crise cardiaque ou un nouvel accident vasculaire cérébral (données probantes recueillies auprès de 20 290 personnes dans 15 études). Le niveau de confiance dans ces résultats était respectivement modéré (décès par maladie cardiaque ou accident vasculaire cérébral) et faible (décès par maladie cardiaque ou accident vasculaire cérébral, autre crise cardiaque ou autre accident vasculaire cérébral). Le niveau de confiance dans la solidité de nos résultats a été réduite en raison de problèmes liés à la conception et à la réalisation de certaines études. Toutefois, lorsque nous n'avons examiné que les études d'un niveau supérieur, nous avons continué à constater que les personnes ayant arrêté de fumer étaient moins susceptibles de mourir d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral. Cela suggère que, même si nous ne sommes pas certains de l'ampleur de la réduction des risques de décès, les personnes qui arrêtent de fumer sont susceptibles de réduire dans une certaine mesure leurs risques de mourir d'une maladie cardiaque ou d'une attaque. Nous avons obtenu des résultats similaires en ce qui concerne la diminution de la probabilité de mourir, quelle qu'en soit la cause, d'avoir une autre crise cardiaque qui n'entraîne pas le décès et d'avoir une attaque cérébrale qui n'entraîne pas le décès.

Nous avons également constaté que les personnes qui ont arrêté de fumer ont vu leur qualité de vie s'améliorer par rapport à celles qui ont continué à fumer après avoir reçu un diagnostic de maladie cardiaque.

Référence : Wu AD, Lindson N, Hartmann-Boyce J, Wahedi A, Hajizadeh A, Theodoulou A, Thomas ET, Lee C, Aveyard P. Smoking cessation for secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 8. Art. No.: CD014936. DOI: 10.1002/14651858.CD014936.pub2.

5. Interventions visant à réduire le comportement sédentaire après un AVC

Problématique de la revue

Nous avons examiné les données probantes concernant les effets des traitements visant à réduire le comportement sédentaire chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC).

Contexte

Par « comportement sédentaire », on entend le fait de rester assis ou allongé (par exemple devant la télévision) pendant la journée au lieu d'être actif et de se lever. Après un accident vasculaire cérébral, quel qu'il soit, il est très fréquent que les gens passent beaucoup de temps à adopter un comportement sédentaire. Cette situation est fréquente tant chez les patients victimes d'un AVC qui sont hospitalisés que chez ceux qui ont été renvoyés chez eux. On sait que les comportements sédentaires sont préjudiciables à la santé ; ils augmentent le risque de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral, ainsi que le risque de décès. Passer moins de temps assis après un AVC pourrait réduire ces risques pour les personnes au cours de la vie après l'AVC. Si le temps sédentaire est réduit, alors, par définition, l'activité physique (comme la marche) doit augmenter. L'ensemble de ces mesures pourrait non seulement réduire les risques pour la santé, mais aussi améliorer la façon dont les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral se déplacent et se sentent.

Caractéristiques des études

En décembre 2019, après avoir effectué une recherche exhaustive dans la littérature scientifique, nous avons identifié 10 essais contrôlés randomisés à inclure dans la revue. Les études ont porté sur un total de 753 participants à tous les stades de soins, y compris à l'hôpital ou au retour à la maison. La plupart des personnes ayant participé étaient capables de marcher et de se tenir debout par elles-mêmes. La durée des interventions variait de six semaines à 18 mois et toutes comportaient un élément d'augmentation de l'activité physique. Les études comprenaient l'exercice seul (une étude) ou en association avec l'éducation et le coaching (une étude) ; l'activité physique seule (une étude) ou en association avec une application pour téléphone portable (une étude), des interventions à composantes multiples sur le mode de vie incluant l'activité physique (quatre études), et une physiothérapie supplémentaire en milieu hospitalier (une étude). Une étude a utilisé une intervention visant spécifiquement à interrompre les longues périodes d'assise continue.

En raison de problèmes dans la façon dont elles ont été menées et dans la façon dont elles ont été rapportées par les équipes de recherche, toutes les études présentaient un risque de biais élevé ou pas clair.

Principaux résultats

Actuellement, les données probantes montrent que les interventions visant à réduire le comportement sédentaire n'augmentent ni ne réduisent les décès, les événements cardiovasculaires, les chutes ou autres événements indésirables, ni le temps passé en

position assise. Cependant, même si les données probantes sont incomplètes, il pourrait être utile pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral d'essayer de s'asseoir moins longtemps, à condition que cela soit sans danger.

Niveau de confiance des données probantes

Nous avons évalué le niveau de confiance des données probantes en utilisant la méthodologie GRADE. Notre niveau de confiance quant aux effets de ces interventions sur les décès, les événements cardiovasculaires et les chutes est faible, et pour leurs effets sur les autres événements indésirables, elle est modérée. Le niveau de confiance des effets sur le comportement sédentaire lui-même est très faible. L'intérêt pour le comportement sédentaire après un accident vasculaire cérébral est relativement récent ; le principal problème concernant les données probantes est que très peu d'études ont examiné cette question à ce jour. Les données probantes disponibles tendent à se limiter aux patients après un AVC présentant une plus grande mobilité. De nombreuses études n'ont pas été menées sur des périodes suffisamment longues pour montrer des changements à plus long terme dans le comportement assis, ou des changements dans le risque de maladie ou de décès.

Référence : Saunders DH, Mead GE, Fitzsimons C, Kelly P, van Wijck F, Verschuren O, Backx K, English C. Interventions for reducing sedentary behaviour in people with stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 6. Art. No.: CD012996. DOI: 10.1002/14651858.CD012996.pub2.

6. La limitation des périodes de prise alimentaire (jeûne intermittent) permet-elle de prévenir les maladies cardiovasculaires ?

Qu'est-ce qu'une maladie cardiovasculaire ?

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la principale cause de décès dans le monde. Le tabagisme, le diabète et le surpoids sont des facteurs de risque de MCV, ce qui signifie qu'ils augmentent les chances de développer une MCV. Il est souvent possible de prévenir les MCV en adoptant un mode de vie sain, par exemple en conservant un poids santé ou en perdant du poids si nécessaire.

Suivre un régime

Certaines personnes choisissent de perdre du poids en suivant un régime ; par exemple, en mangeant moins gras ou en réduisant le nombre de calories qu'elles consomment. Le jeûne intermittent est un type de régime alimentaire qui implique des habitudes de consommation et de jeûne (ne pas manger de nourriture) ; il ne limite pas les aliments que vous mangez, mais limite la période où vous pouvez les manger. Les habitudes alimentaires en cas de jeûne intermittent sont les suivantes: jeûner un ou deux jours par semaine ; jeûner tous les deux jours ; ou ne manger que pendant certaines heures et jeûner au moins 12 heures par jour.

Pourquoi avons-nous réalisé cette revue Cochrane ?

Les régimes qui impliquent un jeûne intermittent sont de plus en plus populaires. Nous voulions savoir si le jeûne intermittent pouvait réduire ou prévenir les maladies cardiovasculaires.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché des études qui comparent le jeûne intermittent à l'«alimentation habituelle » (une personne mange ce qu'elle veut, quand elle le veut) ou aux régimes de « restriction calorique » (une personne limite le nombre de calories qu'elle consomme).

Nous voulions savoir si le jeûne intermittent affectait la mortalité, la mortalité cardiovasculaire, le risque d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque ou d'insuffisance cardiaque. Nous avons également cherché à savoir si le jeûne intermittent affectait le poids corporel et le taux de sucre dans le sang.

Date de recherche : nous avons inclus les données probantes publiées jusqu'au 12 décembre 2019.

Nos résultats

Nous avons trouvé 26 études pertinentes ; nous avons ensuite utilisé les résultats de 18 d'entre elles pour comparer les différents régimes alimentaires. Les 18 études ont porté sur 1125 adultes (âgés de plus de 18 ans). Certaines personnes participant aux études présentaient des facteurs de risque de MCV et d'autres n'en présentaient aucun. La plupart des études ont été financées par des universités et des centres de recherche ; deux études ont été financées par des entreprises qui fabriquent des produits diététiques.

Les études ont comparé le jeûne intermittent avec l'alimentation habituelle (dans sept études); les régimes de restriction calorique (huit études); et l'alimentation habituelle et les régimes de restriction calorique (trois études). Les études avaient une durée comprise entre quatre semaines et six mois. Les résultats ont été communiqués après trois mois (court terme), et entre trois et douze mois (moyen terme).

Nous n'avons pas trouvé de données sur la mortalité, la mortalité cardiovasculaire ou le risque d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque ou d'insuffisance cardiaque.

Nous avons constaté que les gens pourraient perdre plus de poids en jeûnant de façon intermittente qu'en mangeant habituellement pendant trois mois (données probantes provenant de 7 études sur 224 personnes) ; mais pas lorsque l'on les compare à des régimes de restriction calorique pendant trois mois (10 études ; 719 personnes) ou plus (3 à 12 mois ; 4 études ; 279 personnes).

Nous avons également constaté que le jeûne intermittent ne semblait pas affecter la glycémie par rapport à l'alimentation habituelle sur trois mois (3 études ; 95 personnes) ; aux régimes de restriction calorique sur trois mois (9 études ; 582 personnes) ; ou aux régimes de restriction calorique sur 3 à 12 mois (4 études ; 279 personnes).

Les pertes de poids et les modifications de la glycémie signalées dans les études étaient faibles. Ces changements n'ont pas été jugés cliniquement significatifs.

Seules quatre études ont rapporté d'effets indésirables du jeûne intermittent: certaines personnes y participant ont rapporté de légers maux de tête. Une seule étude a porté sur le bien-être des personnes, montrant une légère augmentation des scores pour le bien-être physique.

Niveau de confiance des résultats

Nous n'avons pas confiance dans nos résultats. Nous avons constaté des limites dans la manière dont les études ont été conçues, menées et communiquées ; et dans certaines études, les résultats variaient considérablement ou n'étaient pas cohérents. Nos résultats sont susceptibles de changer si davantage de données probantes sont disponibles.

Principaux messages

Nous n'avons pas trouvé suffisamment de données probantes solides pour savoir si le jeûne intermittent pouvait prévenir les maladies cardiovasculaires. Nous avons découvert que le jeûne intermittent pourrait aider les gens à perdre plus de poids que le fait de « manger comme d'habitude » (et non pas de suivre un régime), mais qu'il est similaire aux régimes de restriction calorique. Nous avons besoin de recherches supplémentaires pour tester les bénéfices et les risques potentiels du jeûne intermittent, et pour vérifier s'il pourrait affecter le nombre de personnes qui meurent ou développent des maladies cardiovasculaires.

Référence : Allaf M, Elghazaly H, Mohamed OG, Fareen MF, Zaman S, Salmasi A-M, Tsilidis K, Dehghan A. Intermittent fasting for the prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 1. Art. No.: CD013496. DOI: 10.1002/14651858.CD013496.pub2.

7. L'utilisation de substituts du sel à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire réduit-elle la pression artérielle et le risque de maladie cardiovasculaire, et est-elle sûre ?

Principaux messages

- Chez les adultes, le fait d'utiliser des substituts à faible teneur en sodium à la place du sel ordinaire dans l'alimentation fait probablement baisser légèrement la tension artérielle. Les adultes qui consomment des substituts à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire ont probablement un risque légèrement plus faible de souffrir de troubles cardiaques non mortels, tels qu'un accident vasculaire cérébral ou une réduction soudaine de la circulation sanguine vers le cœur, et de mourir d'une maladie cardiaque.
- L'utilisation des substituts à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire augmente probablement aussi légèrement le taux de potassium sanguin (un minéral qui permet au cœur de battre au bon rythme) chez les adultes. Cela peut être dangereux chez les personnes qui ne peuvent pas réguler efficacement le taux de potassium dans leur organisme. Les autres données probantes concernant la sécurité sont très limitées.
- Nous ne sommes pas certains des effets de l'utilisation des substituts à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire sur la pression artérielle des enfants, ni de la sécurité de l'utilisation des substituts à faible teneur en sodium chez les enfants.
- Ces données probantes pourraient ne pas s'appliquer directement aux personnes connues pour leur risque d'hyperkaliémie (taux élevé de potassium), comme les personnes souffrant de problèmes rénaux ou prenant certains médicaments.

Que sont les substituts du sel à faible teneur en sodium ?

Les substituts à faible teneur en sodium sont des produits contenant moins de sodium que le sel ordinaire. Les quantités de sodium dans les substituts à faible teneur en sodium sont réduites en remplaçant une partie du sodium par du potassium ou d'autres

minéraux. Les substituts à faible teneur en sodium pourraient contribuer à réduire les risques liés à l'utilisation du sel ordinaire, car manger beaucoup de sodium et pas assez de potassium contribue à l'hypertension artérielle. Au niveau mondial, l'hypertension artérielle est la principale cause de décès évitable, principalement car elle provoque des accidents vasculaires cérébraux, des syndromes coronariens aigus (SCA ; lorsque le sang circule moins bien vers le cœur) et des problèmes rénaux.

Cependant, les substituts à faible teneur en sodium présentent également des risques potentiels pour la santé. L'utilisation des substituts à faible teneur en sodium pourrait entraîner un taux de potassium sanguin supérieur à la normale (hyperkaliémie), ce qui provoque des problèmes de vitesse et de rythme cardiaque, ou peut entraîner un arrêt du cœur. Ces risques sont plus importants chez certaines personnes, par exemple celles dont les reins ne fonctionnent pas correctement pour éliminer le potassium.

Que voulions-nous découvrir ?

Nous voulions savoir quels étaient les effets de l'utilisation des substituts à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire sur la pression artérielle ainsi que sur les événements (AVC et SCA) et les décès dus aux maladies cardiaques. Nous voulions également savoir si l'utilisation des substituts à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire était sûre, à la fois dans la population générale et chez les personnes connues pour leur risque d'élévation du taux de potassium sanguin.

Nous voulions étudier ces questions chez les adultes, les enfants et les femmes enceintes.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché dans cinq bases de données électroniques et registres d'essais des études comparant l'utilisation des substituts à faible teneur en sodium à celle du sel ordinaire. Nous avons comparé et résumé les résultats des études et évalué notre confiance dans les données probantes combinées, sur la base de facteurs tels que les méthodes utilisées et la taille des études.

Qu'avons-nous trouvé ?

Nous avons trouvé 26 essais* impliquant 34 961 adultes et 92 enfants. Aucune étude n'a été trouvée chez les femmes enceintes. La plupart des essais ont été réalisés dans des zones rurales ou suburbaines, et plus de la moitié dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. La plupart des essais ont inclus des personnes souffrant d'hypertension artérielle (22) ; le plus important n'a inclus que des personnes présentant un risque élevé d'AVC. Sept essais ont été réalisés chez des personnes présentant un risque d'hyperkaliémie. Tous les essais ont exclu les personnes pour lesquelles un apport élevé en potassium est connu pour être nocif, comme les personnes souffrant de problèmes rénaux ou prenant certains médicaments. Presque tous les essais (23) ont examiné des types de substituts à faible teneur en sodium où une partie du sodium était remplacée par du potassium. La part de sodium remplacée dans les différents substituts à faible teneur en sodium utilisés dans les essais variait de très faible (3 %) à forte (77 %).

*Les essais sont des types d'études dans lesquelles les participants sont répartis au hasard entre deux groupes de traitement ou plus. C'est le meilleur moyen de s'assurer que les groupes de participants sont similaires.

Principaux résultats

Chez les adultes, les substituts à faible teneur en sodium abaissent probablement légèrement la pression artérielle (diastolique et systolique) par rapport au sel ordinaire. L'utilisation de substituts à faible teneur en sodium réduit probablement aussi légèrement le risque d'accident vasculaire cérébral non fatal, de SCA non fatal et de décès par maladie cardiaque par rapport au sel ordinaire.

Cependant, l'utilisation de substituts à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire augmente probablement aussi légèrement le taux de potassium dans le sang.

Par rapport au sel ordinaire, les substituts à faible teneur en sodium sont susceptibles de n'entraîner que peu ou pas de différence en matière d'hypertension artérielle et d'hyperkaliémie.

Nous n'avons pas pu tirer de conclusions quant aux effets des substituts à faible teneur en sodium sur le contrôle de la pression artérielle, les différents événements liés aux maladies cardiaques, les décès dus aux accidents vasculaires cérébraux, le taux de potassium sanguin inférieur à la normale (hypokaliémie) et les autres événements indésirables.

Nous n'avons pas pu tirer de conclusions sur les effets ou la sécurité de l'utilisation des substituts à faible teneur en sodium au lieu du sel ordinaire chez les enfants.

Quelles sont les limites des données probantes ?

Nous sommes modérément confiants dans les données probantes. Le niveau de confiance a été réduit principalement en raison de préoccupations concernant la façon dont certains essais ont été menés et la possibilité d'appliquer les résultats à la population générale. Nous ne sommes pas sûrs des effets et de la sécurité de l'utilisation des substituts à faible teneur en sodium chez les enfants, les femmes enceintes, les personnes connues pour avoir un risque d'hyperkaliémie ou celles qui ne souffrent pas d'hypertension artérielle. Nous ne sommes pas non plus certains des effets des substituts à faible teneur en sodium lorsqu'ils sont utilisés dans des aliments non préparés à la maison. Des recherches supplémentaires pourraient modifier ces résultats.

Ces données probantes sont-elles à jour ?

Les données probantes sont à jour jusqu'en août 2021.

Référence : Brand A, Visser ME, Schoonees A, Naude CE. Replacing salt with low-sodium salt substitutes (LSS) for cardiovascular health in adults, children and pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 8. Art. No.: CD015207. DOI: 10.1002/14651858.CD015207.

Autres sources:

<https://www.minsante.cm/site/?q=fr/content/phase-i-universal-health-coverage-north-west-region-has-been-launched-grand-style&page=1>

<https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>

<https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/world-stroke-day-2024>

Document produit par:

Cochrane Cameroon

Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé

Téléphone fixe: +237 242 081 919 Email: camer.cdbpsh@gmail.com

site web: www.cdbph.org Yaoundé Cameroun