Le régime DASH :

UNE ALIMENTATION CONTRE L'HYPERTENSION

OBÉSITÉ, STRESS, TABAGISME, DIABÈTE SUCRÉ, CONSOMMATION EXCESSIVE DE SEL ET D'ALCOOL, SÉDENTARITÉ ET MAUVAISE ALIMENTATION SONT LES PRINCIPAUX INGRÉDIENTS DE LA RECETTE MENANT À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.

PAR **Dre VALÉRIE CONWAY**

L'HYPERTENSION est à l'origine de 1 décès sur 8 dans le monde[1]. Contrairement à la plupart des autres problèmes de santé chroniques, l'hypertension est le plus souvent « silencieuse » ou asymptomatique, d'où l'importance de vérifier régulièrement sa pression artérielle. Quelques indices peuvent parfois nous pointer la nécessité de suivre plus étroitement notre pression artérielle : maux de tête matinaux récurrents, saignements de nez réguliers, bourdonnement dans les oreilles ou battements de cœur irréguliers. Heureusement, sachez que l'hypertension est le facteur de risque de maladies cardiovasculaires le plus facilement réversible par une saine alimentation.

HYPERTENSION : UN PORTRAIT DE LA SITUATION CANADIENNE

En 2008, l'Organisation mondiale de la santé estimait la prévalence globale d'hypertension chez l'adulte à près de 40 %, considérant à la fois les individus traités et non traités. Chez nous, selon les résultats du premier cycle de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) menée par Statistique Canada, près du cinquième (19 %) des adultes de 20 à 79 ans seraient hypertendus, et autour de 20 % seraient préhypertendus[1]. La probabilité de préhypertension serait d'ailleurs 1,6 fois supérieure chez l'homme comparativement aux femmes, principalement en raison d'une meilleure sensibilisation à la problématique chez ces dernières[2]. Pour assombrir le portrait national, la population canadienne est vieillissante et le nombre d'individus obèses ne cesse de s'accroître d'année en année. Ainsi, chez nos aînés âgés de 60 à 79 ans, plus d'un individu sur deux (53 %) souffre d'hypertension artérielle au Canada[2]. Quant à l'obésité, les statistiques démontrent clairement qu'un jeune adulte souffrant d'obésité a 10 fois plus de chances de souffrir d'hypertension au cours de sa vie[3].

Considérant que la prévalence d'obésité a quasiment doublé chez la population adulte et presque triplée chez nos enfants depuis les 25 dernières années[4], une meilleure sensibilisation à la problématique de l'hypertension artérielle s'avère essentielle.

QU'EST-CE QUE L'HYPERTENSION, AU JUSTE ?

Premièrement, pour comprendre le phénomène de l'hypertension, il est d'abord nécessaire de connaître ce qu'est la pression artérielle. Du point de vue mécanique, la pression artérielle est simplement une mesure clinique de la pression exercée par le sang sur la paroi de nos vaisseaux sanguins. Cette dernière est modulée par la flexibilité de nos artères ainsi que par leur diamètre.

TABLEAU 1 :
CRITÈRES DE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION[5]

PRESSION ARTÉRIELLE	SYSTOLIQUE (mm Hg)	DIASTOLIQUE (mm Hg)
Optimale	< 120	80
Normale	120-129	80-84
Normale élevée*	130-139	85-89
Hypertension, stade I	140-159	90-99
Hypertension, stade II	160-179	100-109
Hypertension, stade III	≤ 180	≤ 180

**préhypertension artérielle*

Suivant la prise de notre tension artérielle à l'aide d'un sphygmotensiomètre, on obtient deux mesures de pression, généralement exprimées en millimètres de mercure (mm Hg) :
1. la pression du sang dans les artères lorsque le cœur se contracte (la pression systolique ou la valeur de tension la plus élevée) ;

2. la pression résiduelle dans les vaisseaux sanguins lorsque le cœur se détend (la pression diastolique ou la valeur de tension la plus faible).

Ces deux valeurs permettent de poser un diagnostic quant à la pression artérielle. Cliniquement, une hypertension correspond à des valeurs répétées de pression systolique et diastolique constamment supérieures ou égales à 140/90 mm Hg, ou supérieures ou égales à 130/85 mm Hg chez le diabétique (voir le Tableau 1).

À noter que l'hypertension artérielle est le plus important facteur de risque d'accident vasculaire cérébral et l'un des principaux facteurs de risque des maladies du cœur, en plus d'accroître significativement le risque de souffrir de démence et d'autres problèmes d'ordre cognitif[6]. Pas étonnant puisqu'une pression plus élevée implique que le cœur doit travailler plus fort pour pomper et faire circuler le sang, soit en raison d'une perte de flexibilité des artères (c.-à-d. l'artériosclérose), soit d'une réduction du diamètre des artères par l'accumulation de dépôts lipidiques (c.-à-d. athérosclérose). Le cœur, comme tous les autres muscles du corps humain, finit par se fatiguer et place le corps en situation d'insuffisance cardiaque, limitant ainsi l'apport en oxygène aux organes vitaux.

Une pression importante dans les capillaires sanguins irriguant les différents organes accroît d'autant plus le risque de rupture et d'hémorragie dans les organes plus à risque, soit les reins, les yeux et le cerveau. Finalement, une pression accrue dans les vaisseaux sanguins favorise le décollement des dépôts lipidiques (c.-à-d. les plaques d'athérome) pouvant causer une obstruction partielle à totale des vaisseaux sanguins (c.-à-d. la thrombose).

Heureusement, comme mentionné précédemment, parmi tous les facteurs de risque modifiables des maladies du cœur, l'hypertension est le plus facilement réversible par de saines habitudes alimentaires.

L'APPROCHE ALIMENTAIRE DASH

L'acronyme DASH signifie « Dietary Approaches to Stop Hypertension », pouvant se traduire littéralement par « approche alimentaire pour contrer l'hypertension ». Cette approche prône la consommation d'aliments riches en nutriments bioactifs et pauvres en sodium afin de traiter ou de prévenir l'hypertension artérielle (voir le Tableau 2). L'approche DASH a été proposée par un groupe de recherche voulant étudier l'effet de différentes combinaisons alimentaires sur la pression artérielle grâce à une intervention clinique multicentrique rigoureusement menée. Publiée en 1997, l'alimentation proposée dans cette étude était riche en fruits, en légumes et en produits laitiers à faible teneur en gras[7]. En résultante, le régime alimentaire obtenu était pauvre en matières grasses (autour de 27 %, comparativement à 34 % pour la diète occidentale typique), réduit en acides gras saturés et en cholestérol, et contenait environ 3 fois plus de fibres alimentaires, de potassium, de magnésium et de calcium que la diète nord-américaine moyenne[8]. Globalement, l'approche DASH représente l'entre-deux entre les recommandations alimentaires du régime méditerranéen traditionnel et celles du régime paléolithique. Elle se démarque du *Guide alimentaire canadien*[9] en mettant l'accent sur une forte consommation de fruits et de légumes et sur une réduction des portions de produits céréaliers (voir le Tableau 3).

LES ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES DE L'EFFICACITÉ DU RÉGIME DASH

Les résultats d'une méta-analyse tout juste publiée portant sur l'efficacité clinique de l'intervention alimentaire DASH sur une période moyenne de 2 à 24 semaines nous indiquent une réduction moyenne de la pression artérielle systolique et diastolique de l'ordre de 5,2 mm Hg et 2,6 mm Hg respectivement, avec une réduction significativement plus importante chez les sujets ayant une pression artérielle initiale élevée[13]. Quoique les réductions moyennes soient modérées, on sait maintenant qu'une réduction de la pression systolique et diastolique de l'ordre de 9 mm Hg et 5 mm Hg respectivement permet de réduire le risque de cardiopathies de 20 à 25 %, le risque d'accident cardiovasculaire de 35 à 40 % et le taux global de mortalité de 13 à 22 %, selon les sources[6].

TABLEAU 2 :
APPROCHE ALIMENTAIRE POUR CONTRER L'HYPERTENSION (DASH)

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES	
1	Forte consommation de fruits et légumes (8 à 10 portions / jour)
2	Abondance de produits laitiers faibles en gras (2 à 3 portions / jour)
3	Consommation de volaille et de poisson (1 portion / jour)
4	Consommation de produits céréaliers à grains entiers (7 à 8 portions / jour)
5	Consommation de noix, de grains et de légumineuses
6	Faible consommation de viande rouge (< 2 portions / semaine)
7	Faible consommation de produits transformés
8	Faible consommation de produits contenant des sucres raffinés
9	Faible consommation de sodium (généralement < 3000 mg / jour)

TABLEAU 3 :
COMPOSITION DES APPROCHES ALIMENTAIRES* DISCUTÉES DANS LES ARTICLES PRÉCÉDENTS DE *VITALITÉ QUÉBEC*[7, 10-12]

	MÉDITERRANÉEN	OKINAWA	DASH	PALÉO
Glucides (%)	43	85	55	41
Protéines (%)	13	9	18	37
Lipides (%)	42	6	27	22
Gras saturés (%)	9	2	6	≤12
Cholestérol (mg / 1000 kcal)	75	-	71.5	167
Sodium (mg / jour)	2157	1113	2859	768
Potassium (mg / jour)	3637	5199	3000	10 500

**Considérant les versions traditionnelles de ce régime alimentaire.*

De façon très encourageante, lorsque combinée à une restriction calorique (500 kcal / jour en moins) et à de l'activité physique (45 minutes, 3 fois par semaine), l'alimentation DASH permet une réduction de la pression artérielle similaire à celle obtenue par une médication classique, soit une diminution de 12 mm Hg / 6 mm Hg pour la pression systolique / diastolique après seulement 12 semaines d'intervention[8]. À noter que les sujets de cette étude étaient obèses ou souffraient d'embonpoint et avaient une tension artérielle de normale-élevée à élevée, les plaçant dans la catégorie de gens les plus enclins à bénéficier de cette approche alimentaire. En effet, on sait que les individus ayant le plus grand nombre de facteurs de risque cardiométaboliques obtiennent les plus grands bénéfices en suivant l'approche DASH. De façon intéressante, même combiné à une consommation importante ou intermédiaire de sodium, le régime DASH permet tout de même de réduire l'hypertension de façon significative lorsque comparé au régime alimentaire nord-américain typique[14].

De façon probable, l'apport significativement plus important en calcium et en potassium permettrait de contrecarrer l'effet néfaste d'un apport substantiel en sodium.

DASH : UTILITÉ DANS LA PRÉVENTION D'AUTRES PATHOLOGIES CHRONIQUES

En raison de son succès, l'approche alimentaire DASH est maintenant étudiée en prévention de divers types de pathologies. Par exemple, elle s'avère efficace dans la prévention du syndrome métabolique, du diabète de type 2, ainsi que dans certains types de cancers. Une étude canadienne s'est d'ailleurs penchée sur les bienfaits de l'alimentation DASH sur la prévention du cancer colorectal.

Les résultats indiquent une réduction significative du risque de cancer colorectal (33 %) chez l'homme, mais pas chez la femme. Une forte adhésion aux principes du régime DASH chez des individus âgés en moyenne de plus de 80 ans s'est avérée capable de prévenir l'apparition de la maladie d'Alzheimer, possiblement grâce à sa forte teneur en composés antioxydants[15].

En effet, il semble que la consommation de plus de six portions hebdomadaires de légumes ou de feuilles vert foncé pourrait réduire la dégénérescence des fonctions cognitives, possiblement en raison de leur forte teneur en pigments photosynthétiques antioxydants (c.-à-d. chlorophylle, caroténoïdes et flavonoïdes). La consommation d'épinards s'est d'ailleurs avérée capable de réduire de façon significative le stress oxydatif induit par une alimentation trop riche en matières grasses chez le rat[16].

À noter que le stress oxydatif est à l'origine de plusieurs maladies chroniques et précipite l'oxydation néfaste des particules de gras logées dans la paroi des artères, contribuant à l'athérosclérose.

CONCLUSION

Il semble encore une fois que les résultats penchent vers l'importance d'une alimentation très riche en fruits et en légumes, principalement ceux fortement colorés, un régime réduit en produits transformés, en viande rouge, en gras saturés, en sodium, en sucres raffinés et en produits laitiers riches en matières grasses dans la réduction du risque de maladies cardiovasculaires, de certains cancers et des maladies neurodégénératives.

RÉFÉRENCES

1. STATISTIQUE CANADA. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé : tableaux de données du cycle 1*, 2010, 64 pages.

2. WILKINS, Kathryn, et collab. *Tension artérielle des adultes au Canada*, 2010, Statistique Canada, 11 pages.

3. HEROUVI, D., et collab. *Cardiovascular disease in childhood : the role of obesity*, European Journal of Pediatrics, 2013, vol. 172, nº 6, p. 721-732.

4. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Obesity in Canada : A Joint Report from the Public Health Agency of Canada and the Canadian Institute for Health Information, 2011*, 62 pages.

5. CHOBANIAN, A. V., et collab. *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure : the JNC 7 report,* Jama, 2003, vol. 289, nº 19, p. 2560-2571.

6. MENSINK, R. P., et collab. « PASSCLAIM – Diet-related cardiovascular disease », *European Journal of Nutrition*, 2003, vol. 42, nº 1, p. 16-27.

7. APPEL, L. J., et collab. « A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure », *New England Journal of Medicine*, 1997, vol. 336, nº 16, p. 1117-1124.

8. BLUMENTHAL, J. A., et collab. « Effects of the dash diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure : The encore study », *Archives of Internal Medicine*, 2010, vol. 170, nº 2, p. 126-135.

9. SANTÉ CANADA. *Guide alimentaire canadien*, 2011, téléchargeable au www.santecanada.gc.ca/guidealimentaire.

10. EATON, S. B., et S. B. EATON, 3rd. « Paleolithic vs. modern diets – Selected pathophysiological implications », *European Journal of Nutrition*, 2000, vol. 39, nº 2, p. 67-70.

11. WILLCOX, D. C., et collab. « The Okinawan diet : Health implications of a low-calorie, nutrient-dense, antioxidant-rich dietary pattern low in glycemic load », *Journal of the American College of Nutrition*, 2009, vol. 28, suppl. 4, p. 500S-516S.

12. CORDAIN, L., et collab. « Plant-animal subsistence ratios and macronutrient energy estimations in worldwide hunter-gatherer diets », *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, vol. 71, nº 3, p. 682-692.

13. SIERVO, M., et collab. « Effects of the dietary approach to stop hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors : a systematic review and meta-analysis », *British Journal of Nutrition*, 2015, vol. 113, nº 01, p. 1-15.

14. SACKS, F. M., et collab. « Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet », *New England Journal of Medicine*, 2001, vol. 344, nº 1, p. 3-10.

15. MORRIS, M. C., et collab. « MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease », *Alzheimer's & Dementia*, 2015, vol. 11, nº 15, p. 00017-5.

16. KO, S.-H., et collab. « Antioxidant effects of spinach (*Spinacia oleracea L.*) supplementation in hyperlipidemic rats », *Preventive Nutrition and Food Science*, 2014, vol. 19, nº 1, p. 19.

Experte en sciences et en technologie alimentaire, la **Dre Valérie Conway** amorce une nouvelle carrière en tant que chroniqueuse et conférencière en promotion de la santé.
Suivez Valérie sur le Web au **www.valerieconway.com.**