

Insuffisance rénale chronique : quels médicaments ?

Mots clés :
Diabète
HTA
Insuffisance
rénale
Risque
cardiovas-
culaire

L'insuffisance rénale chronique au stade 3 touche environ 5% de la population adulte ; sur 10 000 patients vus en médecine générale, le nombre de nouveaux cas annuels est estimé à 144 (pour 3 au stade 4 et 0,3 au stade 5)¹. Les pathologies des stades 4 et 5 (hypertension, anémie, dénutrition, désordres métaboliques, etc.) relèvent de prises en charge spécifique, mais les patients au stade 3 de l'IRC sont très habituellement suivis par leur médecin traitant. Une revue systématique montre qu'à ce stade, les risques sont d'abord cardiovasculaires¹. En dehors des problèmes spécifiques aux IRC de stade 1 et 2 (pathologies organiques rénales), le traitement vise donc à prévenir les événements cardiovasculaires et à ralentir la progression de l'IRC. Les recommandations canadiennes² et une revue systématique³ font le point sur les données actuellement disponibles², dont il faut noter qu'elles concernent essentiellement l'IRC détectée lors d'un diabète ou d'une hypertension⁴.

L'IRC marqueur de risque cardiovasculaire

Dans les 13 études sur l'IRC de stade 3 recensées par Sharma *et al.* (plus de 700 000 patients)¹, la mortalité toutes causes variait de 6% à 3 ans à 51% à 10 ans, notablement plus élevée au stade 3B (DFG 30 à 44 : 4,8 décès/100 personnes-années) qu'au 3A (DFG 45-59, 1,1/100, à peine plus qu'en cas de fonction rénale normale). Le risque d'événements et de mortalité cardiovasculaires augmente parallèlement, après ajustement pour l'âge, le sexe et les comorbidités, alors que l'évolution vers l'insuffisance rénale terminale est rare (4% à 10 ans, un peu plus élevée pour le stade 3B que pour le 3A). L'IRC apparaît donc comme un marqueur de risque cardiovasculaire élevé qui incite à prévenir le risque cardiovasculaire dans les populations à risque¹⁻⁴.

Traitement de l'hypertension

C'est l'élément majeur de la néphroprotection. La cible habituellement recommandée est <130/80, voire 125/75 chez les diabétiques^{2,3}, mais la récente étude randomisée AASK⁵ chez 1094 patients afro-américains (diabétiques ou non) ne montre pas de différence pronostique entre traitement intensif (130/78) et standard (141/86), sauf peut être chez les patients ayant une protéinurie. Les IEC sont les mieux étudiés dans cette indication (les sartans un peu moins), recommandés en 1^{ère} ligne (grade A)^{2,3} en cas de protéinurie et chez les diabétiques

Que conclure pour notre pratique ?

La prise en compte du risque cardiovasculaire est la base de la prise en charge, à la fois pour ralentir la progression de l'IRC et pour prévenir les événements et la mortalité cardiovasculaire¹⁻⁵. Une pression artérielle à 130/80, si elle est bien tolérée, est sans doute souhaitable, peut être un peu moins chez le diabétique, mais dans les deux cas, les données sont bien incertaines sur ce point...

Un contrôle glycémique est indispensable chez le diabétique ; « raisonné » en fonction du risque hypoglycémique. Le risque d'acidose lactique de la metformine n'est à craindre que lors de décompensations aiguës de l'IRC, souvent iatrogènes ou associées à d'autres pathologies majeures³.

Le risque iatrogénique est d'ailleurs l'un des éléments importants du suivi des patients ayant une IRC, nécessitant une vigilance constante des prescripteurs².

La prise en charge non pharmacologique de l'IRC fera l'objet d'un prochain Bibliomed.

Dans les autres cas, le choix du traitement dépend des comorbidités, les thiazidiques gardant leur place en 1^{ère} intention^{2,3}.

Traitement du diabète

Un mauvais contrôle glycémique est associé à un risque accru de néphropathie diabétique. Chez les diabétiques de type 1, l'obtention d'une HbA1c <6% réduit le nombre de nouveaux cas de micro ou macro albuminurie². Chez les diabétiques de type 2, le risque d'hypoglycémie grave doit être pesé et une cible moins rigoureuse (<7%) semble préférable³. La metformine peut être utilisée au stade 3 (attention aux associations à risque : AINS, diurétiques, IEC et sartans, produits de contraste radiologiques...) mais doit être stoppée en cas de décompensation rénale brutale ou de pathologies graves intercurrentes (diarrhée sévère, déshydratation, insuffisance respiratoire ou cardiaque)^{2,3}.

Autres traitements pharmacologiques

Il n'est pas démontré que les *statines* augmentent la survie chez les patients dialysés dyslipidémiques, mais elles réduisent la mortalité cardiovasculaire et totale chez les patients en IRC de stade 3³. Le bénéfice rénal reste incertain, comme pour l'*aspirine* dont la prescription n'est justifiée qu'en fonction des risques hémorragiques et cardiovasculaires individuels².

Références

- 1- Sharma P *et al.* Does stage-3 chronic kidney disease matter? A systematic review. *Br J Gen Pract.* 2010;442-8.
- 2- James MT *et al.* Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *Lancet.* 2010;375:1296-1309.
- 3- Levin A *et al.* Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ.* 2008;179:1154-62.
- 4- Ponte B *et al.* Insuffisance rénale chronique : attitudes et pratiques de dépistage en l'absence d'études randomisées. *Rev Med Suisse.* 2010;3256.
- 5- Appel LJ *et al.* Intensive blood pressure control in hypertensive chronic kidney disease. *N Eng J Med.* 2010;363:918-27.