

CARDIO-VASCULAIRE

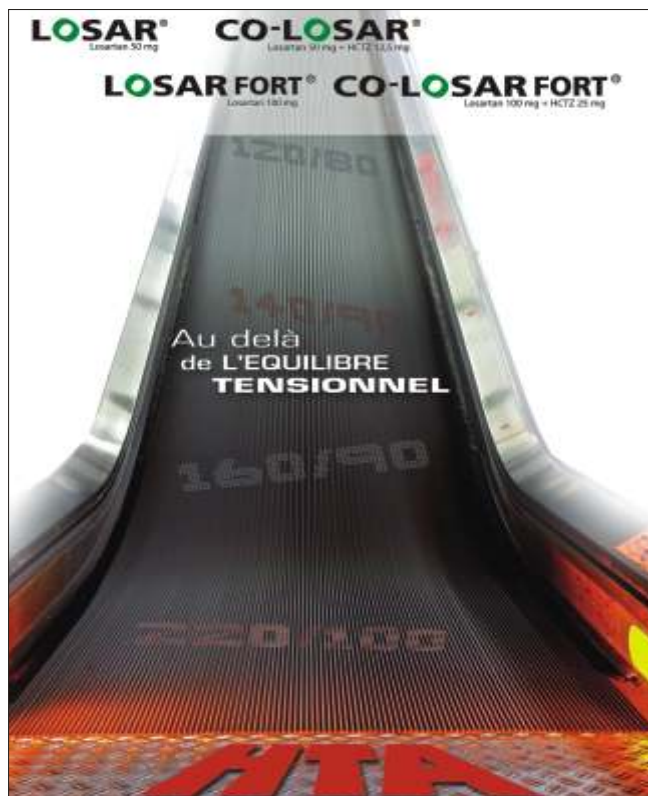
Editorial

Cher confrère,

Sur un domaine aussi changeant que le domaine de prévention métabolique, rénale et cardiovasculaire, devant la multitude des méga essais cliniques publiés chaque année, rien ne vaut la formation médicale continue dans ce domaine pour que notre prise en charge de nos patients soit actualisée et optimale.

Je salut pour cela l'initiative des laboratoires MédiS de mettre à disposition ces Annales MédiS pour la diffusion des données scientifiques sur la base de cas cliniques discutés.

Dr Faiçal JARRAYA
Professeur Agrégé en Médecine Néphrologue
Service de néphrologie, CHU Hédi Chaker



Données Cliniques

Monsieur Mohamed âgé de 56 ans, instituteur, hypertendu connu et suivi depuis 8 ans traité par aténolol et chlorothiazide, devenu diabétique depuis 2 ans, vous consulte pour une rhinopharyngite. Vous apprenez qu'il n'a pas réalisé de bilan depuis plus de 1an, vous profitez alors de faire le point de sa maladie hypertensive et diabétique.

Ce patient tabagique de 30 PA, sa PA est à 140/80mmHg, les pouls périphériques sont perceptibles, son poids 88Kg taille 1,69m, IMC 30,5Kg/m², tour de taille 121cm.

Créatinine 132µmol/l, clairance 56ml/mn, HbA1C 7,2%, Cholestérol Total 2,39g/l, TG 2,4g/l, HDL 0,35g/l, LDL 1,56g/l, protéinurie 1,1g/24heures

Solutions et commentaires

Au diagnostic de son HTA, ce patient était bien à haut risque de diabète.

Quels sont les éléments qui pouvaient prédire le diabète ?

Réponse : Obésité

Prise de diurétique et bêtabloquant, deux molécules ayant une contre-indication relative en cas de patient à risque diabétogène. Les antagonistes calciques sont neutres métaboliquement alors que les bloqueurs du SRA, particulièrement les ARA2 sont protecteurs vis-à-vis du diabète

L'hyperglycémie à jeun (non disponible dans notre cas) rentrant ou non dans le cadre d'un syndrome métabolique est aussi un puissant prédicteur de diabète

Devant cette protéinurie, quel sera le type de la néphropathie la plus probable ?

Réponse : Hyalinose segmentaire et focale, fibrose rénale induite par l'état d'obésité, néphropathie diabétique.

La biopsie rénale n'est pas recommandée devant ce tableau puisque la conduite thérapeutique sera similaire : Amaigrissement, contrôle du diabète, contrôle de la PA < 130/80mmHg et anti-protéinurique avec l'utilisation des bloqueurs du SRA.

Un Fond d'œil est à demander

Cette néphropathie aurait pu être évitée ?

Réponse : En plus de l'amaigrissement préconisé dès le diagnostic, l'éviction des bêtabloquants et diurétiques de première intention, association fortement diabétogène, la prescription d'un bloqueur du SRA de première intention, comme recommandée par l'ESH chez l'obèse ou le diabétique, permet de prévenir l'apparition de la protéinurie chez le diabétique type 2 normoalbuminurique. Ce patient est à très haut risque cardiovasculaire et rénal.

Quelle sera votre conduite thérapeutique ?

Réponse : Mesures hygiéno-diététiques (régime hypocalorique, pauvre en acides gras saturés, riche en légumes), activité physique régulière, arrêt impératif du tabagisme (si besoin aide au sevrage), antiagrégant plaquettaire, contrôle glycémique avec une HbA1C < 7%, contrôle PA par l'association préférentielle d'un bloqueur du SRA et d'un antagoniste calcique et /ou d'un diurétique. L'objectif tensionnel < 130/80mmHg devrait être atteint au prix d'une tri ou quadrithérapie souvent nécessaire chez le diabétique. Une statine est aussi recommandée sur ce terrain diabétique avec un objectif LDL < 1g/l. L'atorvastatine a montré dans l'étude CARDS son efficacité dans la prévention des complications cardiovasculaire chez le diabétique.

Un ECG avec éventuellement une épreuve d'effort sont à réaliser chez ce patient à très haut risque coronarien (diabète, hyperLDL cholestérolémie, HTA, tabac), tenant compte des limites de l'ECG au repos et la symptomatologie coronarienne insidieuse chez le diabétique.

A quelle dose faut il utiliser le bloqueur du SRA ?

Réponse : La présence de protéinurie chez le diabétique, facteur de risque rénal d'insuffisance rénale chronique mais aussi marqueur de risque cardio-vasculaire, est à éviter. L'utilisation d'un bloqueur du SRA doit être à dose optimale. Le losartan dans l'étude RENAAL a montré son efficacité dans la réduction de la protéinurie et par suite réduction du doublement de la créatinine et de l'insuffisance rénale chronique terminale. L'utilisation du Losar fort ou du CoLosar fort tenant compte de l'objectif tensionnel à atteindre est donc recommandée chez ce patient.

Dr Faïçal JARRAYA

Professeur Agrégé en Médecine Néphrologie
Service de néphrologie, CHU Hédi Chaker

