



J.P. BOUNHOURE
TOULOUSE.

Editorial

Aujourd'hui, avec le vieillissement de la population, la fréquence des comorbidités et le cumul des thérapeutiques néphrotoxiques, l'association d'une insuffisance rénale à la pathologie cardiovasculaire est fréquente et pose souvent des problèmes thérapeutiques difficiles au cardiologue. De nombreuses études montrent que l'insuffisance rénale est un puissant marqueur de risque qui influence défavorablement le pronostic de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance cardiaque, des syndromes coronariens aigus et du diabète. La détection d'une insuffisance rénale, même légère, incite donc à la prudence, à une surveillance particulière des patients et quelquefois à une modification de la prise en charge thérapeutique.

Tout d'abord, quand est-on autorisé à retenir le diagnostic d'insuffisance rénale? Les critères sont actuellement bien définis et, dans ses recommandations, l'HAS ne laisse planer aucun doute : une réduction du débit de filtration glomérulaire $< 60 \text{ mL/mn}/1,73 \text{ m}^2$ suffit pour affirmer la présence d'une insuffisance rénale, qu'il y ait ou non d'autres marqueurs biologiques d'atteinte du rein. N'hésitons pas donc à appliquer la formule de Cockcroft et Gault ! Beaucoup de patients que nous devons traiter ont une créatinine plus ou moins élevée qui doit nous inciter à discuter son origine et à ne pas aggraver la fonction rénale.

Chez les patients hypertendus, les cardiologues savent qu'il faut le plus souvent possible assurer une néphroprotection et l'arsenal thérapeutique s'est aujourd'hui nettement enrichi. Le strict contrôle des chiffres tensionnels est indispensable pour éviter les complications rénales de l'hypertension et les progrès survenus dans sa prise en charge ont nettement diminué la fréquence des insuffisances rénales terminales. Beaucoup de patients vasculaires à risque qui se présentent à nos consultations ont des taux de créatinine plus ou moins élevés et 36 % des patients inclus dans l'étude HOPE avaient une dysfonction rénale. Chez les sujets dits vasculaires, ce problème est fréquent et influence très défavorablement l'évolution.

Dans la *Cardiovascular Health Study*, une créatinine $> 17 \text{ mg/L}$ est associée à une augmentation de 70 % de la mortalité chez les sujets âgés de plus de 65 ans au cours d'un suivi de 5 ans. Après un infarctus du myocarde, le calcul de la clairance glomérulaire est un puissant facteur prédictif de mortalité à court et long terme, et semble aussi fiable que la mesure de la fraction d'éjection.

► Insuffisance cardiaque et insuffisance rénale

Quelle que soit l'étiologie de la pathologie rénale sous-jacente, il est bien démontré qu'une atteinte de la fonction rénale, même mineure, est un facteur prédictif puissant et fiable du pronostic cardiovasculaire. Mais c'est surtout chez l'insuffisant cardiaque que l'insuffisance rénale a une valeur péjorative et influence défavorablement à court terme l'évolution.

Ce problème est hélas courant et, chez les sujets de plus de 65 ans, 30 à 40 % des insuffisants cardiaques ont une élévation de la créatinine plasmatique. On connaît de mieux en mieux le potentiel évolutif et la gravité de ce syndrome "cardiorénal" qui modifie la prise en charge thérapeutique, s'associe à une anémie, une hypovolémie, facilitant l'aggravation et l'évolution irréversible des deux atteintes viscérales. Cette association en effet incite à une sous-utilisation, à l'abandon ou la non-prescription de médicaments recommandés dans l'insuffisance cardiaque. Le problème est toujours difficile en pratique, avec la prescription de diurétiques, des IEC, des antagonistes de l'angiotensine et des antialdostérone.

Aussi nous a-t-il paru nécessaire de demander à des experts confirmés de préciser la conduite à tenir à l'égard des traitements de l'insuffisance cardiaque quand elle est associée à une insuffisance rénale. Comment introduire, moduler les prescriptions d'IEC, d'ARA2, de spironolactone chez ces patients à risque sans aggraver la dysfonction rénale ? A quel moment faut-il faire appel au néphrologue ?

Dans ce dossier de *Réalités Cardiológicas*, **Michel Galinier** traite le chapitre "Argumentaire et règles de prescription des IEC, des ARA2 et de la spironolactone" dans cette situation complexe, si courante en pratique, de l'insuffisance cardiaque et rénale, et chez le patient dialysé. **G. Bobrie** aborde le point litigieux de l'"Adaptation d'un traitement par IEC et ARA2 en fonction de l'évolution de la créatinine". Enfin, **M. Kessler** traite les particularités des prescriptions des médicaments cardiologiques chez l'insuffisant rénal.

Nous vous souhaitons une très bonne lecture de ces articles et remercions les différents auteurs pour leur participation. ■

Bulletin d'abonnement

Je m'abonne à *REALITES CARDIOLOGIQUES* pour une durée de :

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Médecin | <input type="checkbox"/> 1 an : 45 € | <input type="checkbox"/> 2 ans : 68 € |
| Etudiant/Interne
(Joindre un justificatif) | <input type="checkbox"/> 1 an : 36 € | <input type="checkbox"/> 2 ans : 48 € |
| Etranger (DOM-TOM compris) | <input type="checkbox"/> 1 an : 58 € | <input type="checkbox"/> 2 ans : 90 € |

Nom..... Prénom

Adresse.....

.....

Règlement : Chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

Carte bancaire (VISA exclusivement) n° :

Cryptogramme :

Date d'expiration :

Signature

Bulletin à retourner à : **PERFORMANCES MEDICALES** – 91, avenue de la République – 75011 PARIS
Déductible des frais professionnels

