

COMMENT JE TRAITE...

Un hypertendu avec insuffisance rénale non diabétique

J. M. Krzesinski(1)

RESUME

1. *L'hypertension artérielle chez l'insuffisant rénal chronique est fréquente.*
2. *L'hypertension artérielle accélère, dans bien des situations, la vitesse de dégradation fonctionnelle rénale.*
3. *Corriger l'élévation de pression artérielle ralentit cette progression, en association avec les règles diététiques de régime hyposodé et hypoprotéiné.*
3. *Les meilleurs bénéfices semblent être obtenus pour des pressions artérielles inférieures à 130/85 mmHg.*
5. *Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion apparaissent plus bénéfiques lorsqu'ils sont prescrits en présence d'une atteinte rénale légère associée à une protéinurie. Leur utilisation nécessite cependant quelques précautions (surveillance des ions et de la fonction rénale).*
6. *Les antagonistes calciques offrent une grande sécurité d'emploi quel que soit le degré d'atteinte rénale. Cette classe thérapeutique possède des propriétés propices au ralentissement de la dégradation fonctionnelle rénale pour toute néphropathie sans protéinurie.*
7. *L'association à des diurétiques (surtout de l'anse) est souvent nécessaire, le but étant de normaliser si possible la pression artérielle.*

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

Le contrôle physiologique de la pression artérielle passe de façon incontournable par le rein. On comprend aisément que l'insuffisance rénale chronique s'accompagne de perturbations de la pression artérielle. Effectivement l'hypertension artérielle est couramment décelée chez l'insuffisant rénal chronique, et ce d'autant plus nettement que la fonction rénale est altérée, particulièrement lors d'une glomérulonéphrite ou d'une polykystose rénale. Au stade de l'insuffisance rénale terminale, 85 % des patients sont hypertendus.

Il convient donc de vérifier :

1. la présence d'une atteinte rénale chez un patient hypertendu par la mesure de la clairance de créatinine, soit basée sur une récolte d'urine de 24 h, soit après calcul de cette clairance en appliquant la formule de Cockcroft et Gault à partir de la connaissance de la créatinine sanguine;
2. la réalité de l'élévation de la pression artérielle (comme à chaque fois qu'une pression artérielle élevée est notée), avec dans le cadre précis de l'insuffisance rénale chronique le recours souhaitable à un enregistrement non invasif de la pression artérielle sur 24 h. En effet, il a été montré que l'insuffisance rénale chronique se caractérise par une absence fréquente de chute nocturne de la pression artérielle, exposant le patient à des complications cardiovasculaires plus sévères.

POURQUOI TRAITER ?

L'insuffisance rénale chronique, une fois installée, tend à être progressive. Sa pathogénie est complexe, impliquant divers systèmes biologiques, dont l'hypertension artérielle, surtout sa composante diastolique.

Différents modèles animaux et études humaines ont montré que le traitement antihypertenseur ralentit la progression de l'insuffisance rénale et réduit les complications cardiovasculaires fréquentes chez ce type de patient.

COMMENT TRAITER ?

Bien qu'un bon contrôle de la pression artérielle ait été défini par l'obtention d'un niveau de pression artérielle inférieur à 140/90 mmHg, il a été suggéré qu'un tel niveau représente en fait encore un contrôle inadéquat en présence d'une insuffisance rénale.

Le National High Blood Pressure Education Program propose comme objectif d'abaisser la pression artérielle sous 130/85 mmHg. Ceci offrirait une meilleure protection de la fonction rénale chez l'hypertendu avec atteinte rénale.

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

La restriction en protéine et en phosphore est appropriée chez l'insuffisant rénal chronique et doit être conseillée précocement dans le décours d'une néphropathie. L'hypertension artérielle de l'insuffisant rénal chronique est largement dépendante du volume circulant, liée à une rétention hydrosodée et ce d'autant plus que l'insuffisance rénale progresse. Une restriction sodée trouve ici une application indiscutable. Les suppléments potassiques doivent être évités en raison des risques évidents d'hyperkaliémie.

(1) Spécialiste des Hôpitaux, Agrégé de Faculté, Université de Liège, Service de Néphrologie et d'Hypertension artérielle (Pr. G. Rorive), Département de Médecine, CHU Sart Tilman, Liège.

AGENTS MÉDICAMENTEUX

Toutes les classes d'agents antihypertenseurs communément utilisés sont habituellement efficaces dans l'abaissement de la pression artérielle chez l'insuffisant rénal chronique. Cependant, certains médicaments peuvent présenter, outre leur action antihypertensive, des propriétés intéressantes pour ralentir de façon nette la vitesse de dégradation fonctionnelle rénale (tableau I).

Premier choix.

Ce premier choix médicamenteux va être dicté à la fois par le degré d'insuffisance rénale observé au moment de la décision d'un traitement antihypertenseur et par la présence éventuelle d'une protéinurie (> 1 g/l).

— En présence d'une insuffisance rénale légère à modérée (clairance de créatinine > 50 ml/min) avec protéinurie > 1 g/l, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion constituent un excellent choix (supériorité à contrôle égal de pression artérielle) exposant, à ce stade, à un faible risque d'effets secondaires (insuffisance rénale aiguë, hyperkaliémie) et à un bénéfice indéniable, inhérent aux propriétés antiprotéinurique, antihypertensive glomérulaire et antiproliférative.

Un contrôle de la créatinine sanguine et du potassium sérique est nécessaire quelques jours après l'introduction de ce type de traitement.

— En présence d'une insuffisance rénale sans protéinurie ou d'une insuffisance rénale avancée (clairance de créatinine < 50 ml/min) avec protéinurie, le médicament à proposer en premier, vu l'absence d'effets secondaires graves ou d'adaptation posologique et certaines propriétés de protection rénale caractérisant cette famille, est un antagoniste calcique à longue durée d'action. Cet antagoniste calcique offre en outre l'avantage de protéger le rein de certains agents néphrotoxiques (par exemple produit de contraste).

Alternative à ce premier choix.

Lorsque les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont contre-indiqués (insuffisance trop avancée, doute sur l'existence d'une sténose d'artère rénale) et que les antagonistes calciques sont mal tolérés subjectivement, les β -bloqueurs avec propriétés vasodilatatrices (carvedilol, celi-prolol) peuvent être utilisés.

ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE

Les diurétiques doivent très souvent être prescrits, en raison du caractère volodépendant fréquent de l'hypertension artérielle dans l'insuffisance rénale chronique, en association avec les médicaments du premier choix. Un diurétique de l'anse, à dose d'autant plus élevée que la fonction rénale est déficiente, doit être choisi dès que la créatinine sanguine dépasse 25 mg/l (inefficacité des thiazides à partir de ce seuil).

Les diurétiques d'épargne potassique, seuls ou en association avec les autres types de diurétiques, sont en principe contre-indiqués.

Bien que de nombreuses combinaisons d'antihypertenseurs soient possibles, l'association inhibiteurs de l'enzyme de conversion et antagonistes calciques apparaît judicieuse au vu des effets antihypertenseurs additifs, une réduction de la protéinurie et des propriétés néphroprotectrices complémentaires. Une prudence s'impose cependant en cas d'insuffisance rénale avancée et/ou de suspicion de sténose artérielle rénale.

CONCLUSIONS

L'hypertension artérielle est une conséquence habituelle de la maladie rénale. La présence d'une pression artérielle accrue confère un pronostic moins bon aux patients souffrant de néphropathie. L'hypertension artérielle contribue à la progression de la maladie rénale chez de nombreux urémiques.

Un traitement efficace de l'hypertension artérielle retarde la progression de l'insuffisance rénale chronique. Il apparaît que certaines propriétés inhérentes aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion et aux antagonistes calciques en font des premiers choix thérapeutiques dans ce type d'indication.

BIBLIOGRAPHIE

1. BROWN, M., WHITWORTH, J. — Hypertension in human renal disease. *J. Hypertens.*, 1992, **10**, 701-712.
2. The Fifth Report of the JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. — National Institutes of Health, 1993, n° 93, 1008.
3. KAMPER, A. L., STRANDGAARD, S., LEYSSAC, P. — Effect of enalapril on the progression of chronic renal failure, a randomized controlled trial. *Amer. J. Hypertens.*, 1992, **5**, 423-430.
4. SALVETTI, A., GIOVANNETTI, R., ARRIGHI, P., ARZILLI, F., PALLA, R. — What effect does blood pressure control have on the progression toward renal failure? *Amer. J. Kid. Dis.*, 1993, **21**, suppl. 3, 10-15.
5. SAVAGE, S., SHRIER, R. — Progressive renal insufficiency: the role of angiotensin converting enzyme inhibitors. *Adv. Intern. Med.*, 1991, **37**, 85-101.
6. ZUCHELLI, P., ZUCCALA, A., GAGGI, R. — Calcium channel blockers: effects on progressive renal disease. *Amer. J. Kid. Dis.*, 1991, **17**, suppl. 1, 94-97.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr J. M. Krzesinski, Service de Néphrologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège I.

Tableau I.
Stratégie médicamenteuse.

*Premier choix

- Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine si insuffisance rénale modérée avec protéinurie
- Antagoniste calcique à longue durée d'action si insuffisance rénale avancée ou absence de protéinurie

*Deuxième choix

- Bêtabloqueurs avec propriétés vasodilatatrices

*Association médicamenteuse

- Ajouter un diurétique de l'anse de Henle
- Associer un inhibiteur de l'enzyme et un antagoniste calcique