



IEC et sartans dans l'insuffisance rénale chronique : Indications et précautions

Docteur Martial Moonen

Actuellement, nous disposons d'un niveau de preuve suffisant pour recommander d'abaisser la pression artérielle des patients porteurs d'une néphropathie (diabétique ou non) au moins jusqu'à 120/80 mmHg. Ces recommandations sont d'autant plus vraies si la néphropathie est compliquée d'une protéinurie.

Dans plusieurs études, un blocage du système rénine-angiotensine s'est avéré supérieur à d'autres stratégies thérapeutiques pour retarder l'évolution de l'insuffisance rénale, et réduire la protéinurie et la microalbuminurie.

Il faut toutefois reconnaître que la même constatation n'a pas été faite dans d'autres études comme ALLHAT, mais de toute manière une association de médicaments est habituellement nécessaire pour atteindre une cible basse de pression artérielle. Dans ces conditions il est raisonnable de suggérer que l'association devrait comporter un IEC ou un inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine, et que dans de rares cas où l'on peut se contenter d'une monothérapie, c'est un produit de ce type qu'il convient d'utiliser.

Si la pression artérielle cible est atteinte mais qu'il persiste une protéinurie de plus de 1 g/24h (ou plus de 1 g/g de créatinine), le traitement doit encore être intensifié. A cet égard, des données prometteuses ont été rapportées concernant l'association d'un IEC et d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, ou des doses élevées d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, pourvu que la créatinine et le potassium soient surveillés avec attention.

En cas de majoration trop importante de l'insuffisance rénale lors de l'introduction d'une molécule de ces 2 classes thérapeutiques, il convient de rechercher une cause réversible : sténose d'artère rénale, usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, déshydratation (relative ? excès de diurétiques),..... Une fois la cause corrigée, la réintroduction prudente à dose moindre peut à nouveau être tentée.