

# Symposium Cardio-Néphro Crowne Plazza, 25 juin 2011

Services de **Cardiologie** et de  
**Néphrologie** du **CHR de la Citadelle**,  
Liège

# PQ une réunion commune Cardio Néphro ?

- Fréquence des antécédents communs (HTA, diabète)
- IR +/- sévère fréquente en cas d'Insuffisance cardiaque (Syndr cardio-rénal)
- La 1<sup>o</sup> cause de mortalité chez l'IRC est d'origine CV (1 patient entre 20 et 30 ans, avec IRC stade 4 ou 5 a un risque CV 500 X sup a 1 patient sans IR, AJKD 1998)

# Enquête:

- Participez vous à cette réunion pour la qualité des **sujets** et des **orateurs** et des **modérateurs** proposés ?
- Par curiosité et envie de découvrir le nouveau **Crowne Plaza** ?
- Pour les 2 raisons ?

# Réponses :

- 1° Qualité sujets/orateurs: 97%
- 2° Curiosité Crowne Piazza: 1%
- 3° Les 2 : 2%



# Dyslipémie chez un patient avec IRC ?

Dr Xavier Warling  
Service de Néphrologie

# Bilan Lipidique du patient IRC

- Cholestérol ttl et LDL: +/- valeurs normales
- HDL cholestérol : ↘
- Tryglicérides : ↗

- Exemple ds étude SHARP (2011) , 9438 patients avec IR +/- sévère , dont + de 3000 dialysés :

Chol ttl 189 mgdl

LDL 108

HDL 43

TG 206



# Ajustement des doses de statines en fct du degré d'IR ([www.renadaptor.net](http://www.renadaptor.net))

- **Statines :**

Pas d'adaptation (sauf rosuvastatine, max 10mg si clear < 30 ml/min)

- **Fibrates :**

C.I. si clear < 30 ml/min

- **Ezétimide :**

Pas d'adaptation des doses

# Conséquences du traitement hypolipémiant ?

## Dans la population générale

Méta analyse: 170 000 patients, 26 études  
(*Baigent et al, LANCET 2010*)

- ↘ de 40 mg/% du LDLc par statine
  - ↘ 23% acc coronaires
  - ↘ 17% des AVC
  - ↘ 10% mortalité totale
- Bénéfices obtenus ds tous les ss groupes, mais peu d'IRC sévères !



# Bénéfices d'un traitement des dyslipémies chez l' IRC, données disponibles en 2010 :

## IRC stade 1 à 3 :

- Sous analyses des gds études d'intervention avec statines (4S, WOSCOPS, CARE, LIPID, HPS, ASCOT ...) :
  - ↳ des évènements CV comparables à la population générale !

# Données disponibles en 2010

- IRC stade 4 :

Très peu de données (patients exclus des études !)

- IRC stade 5 (dialysés)

Étude - 4D (atorva 20, 1255 diab type 2 dialysé)  
(2005)

- AURORA (rosuva 10, 2776 dialysés) (2009)

Pas de  $\searrow$  **significative** du risque CV !

The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomised placebo-controlled trial (SHARP)  
[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online June 9, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60739-3,

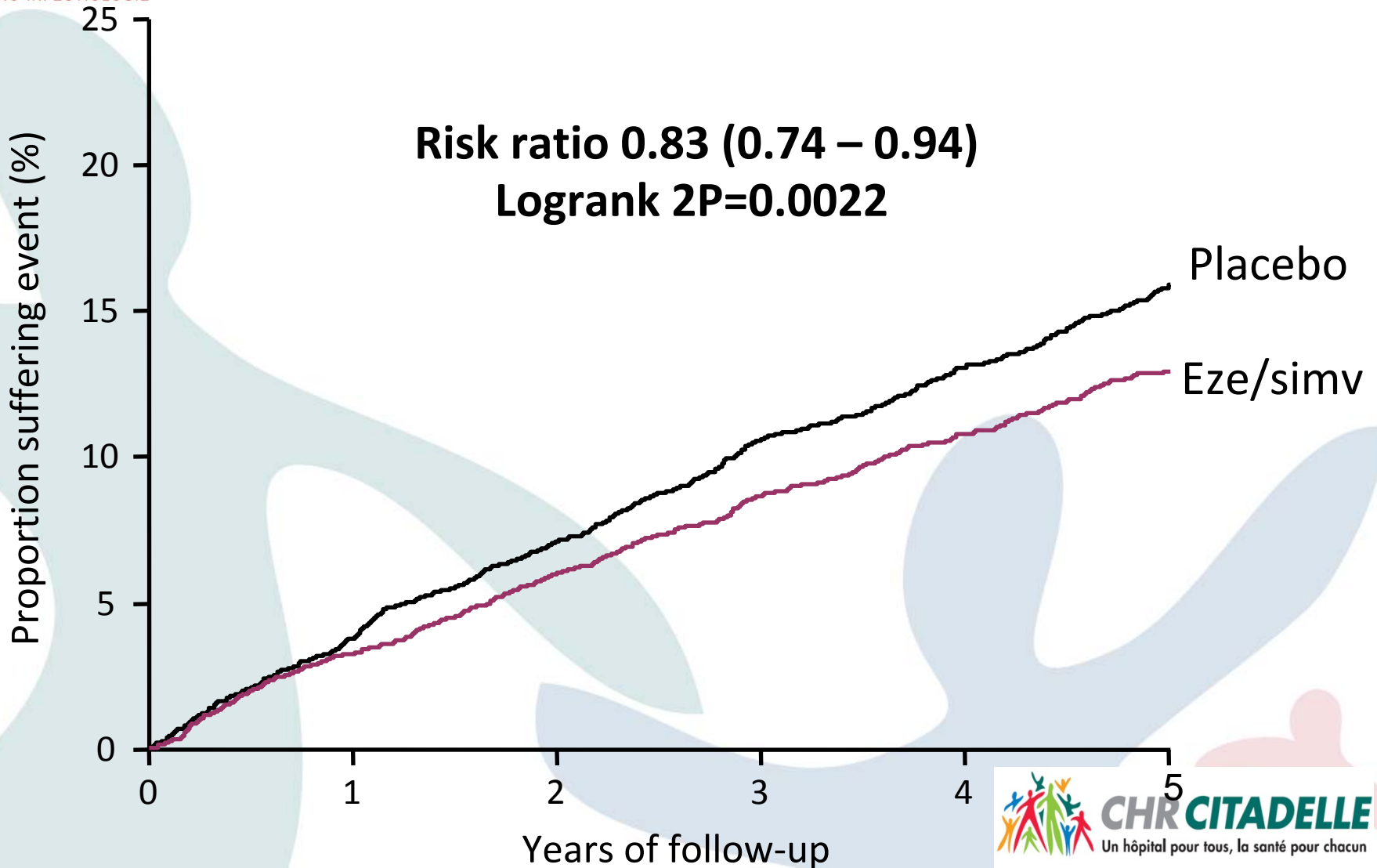
- **9438 IRC dont 3023 dialysés**
- Sans antec infarctus ou revasc coronaire
- Indépendant du taux de LDL-C (108 mg% en moy)
- **Suivi 4,9 années**
- Reçoivent **simvastatine 20 + ézétimide 10 versus placebo**



# Résultats

- ↘ du LDL de 43mg% à 1 an, 33 à 5 ans
- ↘ de **17% des évènements athérosclérotiques majeurs** (mort coron, infarctus, AVC, revascularisation)
- Pas de diff entre patient dialysé ou pas
- Pas de diff de vit d'évolution de l'IRC entre les 2 groupes !
- Pas de diff effets 2° (cancers, myopathies, hépatites, lithiases biliaires ...)

# SHARP: Major Atherosclerotic Events



# Recommandations (officieuses 2011 !) traitement dyslipémies ds IRC :

- Oui il faut traiter !
- Orienter le traitement sur le **LDL-C**  
Cible : **< 70 mg%**
- Avec une statine
- D'après SHARP, simva 20 + ézétimide 10  
= bon choix

( Par ailleurs : Viser TG < 150

*Fibrates sauf si clear < 30ml/min, ou omega 3 (2 à 4 g/j) )*