

Audit sur la prise en charge de la pression artérielle en cas de néphropathie diabétique

La néphropathie diabétique est l'une des plus grandes causes d'insuffisance rénale terminale (IRT) à l'échelon mondial. Elle est aussi à l'origine d'une morbi-mortalité élevée. Le premier signe biologique caractéristique de la souffrance rénale est la micro-albuminurie (MA), qui constitue aussi un marqueur du risque vasculaire, qu'il existe ou non un diabète sous-jacent. Elle est partiellement réversible, quand elle est détectée et traitée précocement.

Au cours du diabète de type 2, la prévalence de la MA serait de l'ordre de 30 %, tout au moins chez les malades âgés de plus de 55 ans. Certains traitements peuvent freiner la progression de la MA et du diabète, tout en permettant un contrôle strict de la pression artérielle, au travers de l'inhibition pharmacologique du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), réalisée au moyen des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou encore des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II).

Les recommandations actuelles basées sur les faits démontrés incitent à atteindre ces objectifs thérapeutiques (PAS/PAD < 130/80 mm Hg), en utilisant des doses maximales des inhibiteurs du SRAA. Il importe également d'assurer un contrôle glycémique optimal et de corriger les autres facteurs de risque.

Comment ces considérations théoriques louables sont-elles appliquées dans la pratique médicale courante ?

C'est à cette question que répond une enquête rétrospective, effectuée sous la forme de deux audits, espacés de quatre années, chez 200 patients, tous atteints d'un diabète de type 2, suivis dans un service hospitalier spécialisé. Les participants ont été répartis en 3 groupes : MA+, ND (néphropathie diabétique) et MA- (pas d'albuminurie).

Les résultats obtenus ont été comparés à ceux d'un audit similaire, réalisé quatre années auparavant. De cette comparaison, il ressort que le contrôle de l'hypertension artérielle ne s'est pas amélioré, quel que soit le groupe considéré. Certes, la PA diastolique a diminué significativement dans les 3 groupes ($p=0,02$ pour les groupes MA+ et ND ; $p=0,006$ pour le groupe MA-), mais aucun progrès n'a été constaté quant à la baisse de la PA systolique, même en cas de ND.

L'association d'au moins trois antihypertenseurs s'est avérée plus fréquemment prescrite, uniquement dans le groupe MA- (14 % versus 28 %, $p=0,008$). Le traitement par un IEC et/ou ARAII a été entrepris chez un plus grand nombre de patients : 1) MA+ : de 53 à 92 %, $p<0,0001$; 2) MA- : de 41 à 57 % ; $p=0,0001$).

Les ARAII ont été prescrits chez plus de patients dans les 3 groupes : 1) MA+ : de 3 à 23 % ($p=0,01$) ; 2) ND : de 13 à 47 % ($p=0,003$) ; 3) MA- : de 2 à 15 % ($p=0,0003$).

Ces résultats, obtenus de manière rétrospective, soulignent clairement que l'hypertension artérielle reste sous-traitée, même en cas de néphropathie diabétique ou encore de micro-albuminurie. Il y a tout de même une bonne nouvelle : le recours aux médicaments inhibant le SRAA a augmenté, preuve que les messages prodigués par les recommandations finissent par passer, lentement mais, peut-être sûrement. Suite au prochain audit...

Dr Philippe Tellier

Woodward A et coll. Blood pressure control and ACE inhibitor/angiotensin receptor blocker usage: Results of a sequential audit of nephropathic and microalbuminuric type 2 diabetic patients *Practical Diabetes International* 2008; 25 : 54-8

Liens d'intérêts : l'auteur n'a pas transmis de liens d'intérêts concernant les données diffusées dans cette interview ou publiées dans la référence citée.