



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



La protection cardiovasculaire du patient diabétique avec maladie rénale chronique et cas particulier de l'insuffisance rénale chronique terminale du sujet âgé

Cardiovascular protection of diabetic patient with chronic renal disease and particular case of end-stage renal disease in elderly patients

P. Zaoui¹, T. Hannedouche², C. Combe³

¹Pôle Digestif Uro-Néphro-Endocrinologie (DIGIDUNE), AGDUC, CHU Université Grenoble Alpes, Pole Santé, France

²Service de Néphrologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Faculté de Médecine, Strasbourg, France

³Service de Néphrologie Transplantation Dialyse Aphérèse, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux, France
 Unité INSERM 1026 Biotis, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

RÉSUMÉ

Mots clés :
 Diabète
 Maladie rénale chronique
 Morbi-mortalité
 cardiovasculaire
 Glycémie
 BSRA
 Pression artérielle
 Dyslipidémie
 Antiagrégant plaquettaire
 Dialyse
 Traitement conservateur
 Score pronostique
 Concertation

Le diabète de type 2 présente une prévalence croissante. Le pronostic vital est dominé par le risque cardiovasculaire, qui constitue la première cause de mortalité chez ces patients. Un tiers des patients diabétiques développe une néphropathie diabétique et l'atteinte rénale, par elle-même, majore encore le risque cardiovasculaire. Réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire est un enjeu majeur de santé publique, de même que prévenir et prendre en charge précocement la maladie rénale chronique (MRC). Un bon contrôle glycémique prévient les complications microvasculaires de la maladie (rétinopathie, néphropathie, etc.) et, reconnu plus récemment grâce au suivi prolongé de la cohorte VADT, prévient les complications cardiovasculaires. Le contrôle de la pression artérielle et de la dyslipidémie est essentiel dans la prévention cardiovasculaire primaire ou secondaire. Les bloqueurs du système rénine-angiotensine permettent en plus de ralentir la progression de la MRC. Les sujets âgés en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) représentent une autre population grandissante de la patientèle du néphrologue. En particulier chez les sujets très âgés présentant des comorbidités, la question peut se poser de privilégier un traitement conservateur plutôt que la mise en route ou la poursuite d'un traitement par dialyse. La survie et la qualité de vie ne sont en effet pas forcément meilleures chez les patients âgés dialysés, des complications sont possibles conduisant in fine à l'arrêt, et entraînent parfois chez ces patients un sentiment d'obstination. L'élaboration de scores pronostiques est un élément qui peut permettre d'aider à cette prise de décision. Le dialogue avec le patient et son entourage ainsi que la concertation pluridisciplinaire restent néanmoins les éléments essentiels pour définir la prise en charge la plus adaptée.

© 2017. Association Société de néphrologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Correspondance.

Adresses e-mail : pzaoui@chu-grenoble.fr (P. Zaoui) ; thierry.hannedouche@chru-strasbourg.fr (T. Hannedouche) ; christian.combe@chu-bordeaux.fr

© 2017 Elsevier Masson SAS et Association Société de Néphrologie. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Keywords:

Diabetes
Chronic kidney disease
Mortality and cardiovascular events
Blood glucose
RAAS blockade
Blood pressure
Dyslipidaemia
Antiplatelet agent
Dialysis
Conservative treatment
Prognostic score
Dialogue

Type 2 diabetes has an increasing prevalence. Life expectancy is dominated by cardiovascular risk, which is the leading cause of death in these patients. Up to one third of diabetic patients will develop diabetic nephropathy related to micro-angiopathy. Renal impairment further increases cardiovascular risk. Reducing cardiovascular morbidity and mortality is a major public health issue, as well as early preventing and managing chronic kidney disease (CKD). Good glycemic control prevents the micro-vascular complications of the disease (retinopathy, nephropathy, etc.) and, more recently recognized through prolonged monitoring of the VADT cohort, prevents cardiovascular complications. Control of blood pressure and dyslipidemia are essential in primary or secondary cardiovascular prevention. In addition, the blockers of the renin-angiotensin system slow down the progression of the MRC. Elderly patients with chronic kidney disease (CKD) form another growing group of the nephrologist daily patient pool. Especially for very elderly patients with comorbidities, the question of favoring conservative treatment rather than starting or pursuing dialysis may arise. Survival and quality of life are indeed not necessarily better in elderly patients undergoing dialysis, complications can occur eventually leading to discontinuation, and are occasionally associated with a feeling of stubbornness. Creation of prognostic score is a useful tool to help the decision-making process. However, dialogue with the patient and his/her family, as well as multidisciplinary collaboration remain fundamentals to determine the most suitable care.

© 2017. Association Société de néphrologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Protection cardiovasculaire du patient diabétique

1.1. Épidémiologie de la maladie diabétique dans le monde

En 2013, la fédération internationale de diabétologie estimait que 382 millions de personnes vivaient avec un diabète dans le monde et que ce chiffre atteindrait 592 millions en 2035 (Fig. 1). Environ 1 patient diabétique sur 3 est susceptible de développer une maladie rénale chronique (MRC) [1]. Les données de la cohorte UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*) évaluent le risque d'atteindre le stade 4-5 à 10 ans à 23 % et le risque de décès chez ces patients 19 fois supérieurs aux patients diabétiques sans néphropathie.

1.2. Coût de la maladie diabétique

En France, 26,9 % des hospitalisations concernent des patients diabétiques de type 2 (D2) avec une MRC, 19 % en néphrologie. Le coût des séjours hospitaliers compte pour 50,3 % des dépenses globales des D2. En effet, le coût annuel d'un patient D2 non compliqué est estimé à 1 769 €, à 2 048 € si le diabète est compliqué de micro-angiopathie, 5 126 € si le diabète est compliqué de macro-angiopathie et, enfin, 70 000 € si le patient est hospitalisé.

1.3. Physiopathologie de la néphropathie diabétique

Seuls 30 % des diabétiques développent une maladie rénale chronique évolutive. Les facteurs impliqués dans le développement de la néphropathie sont :

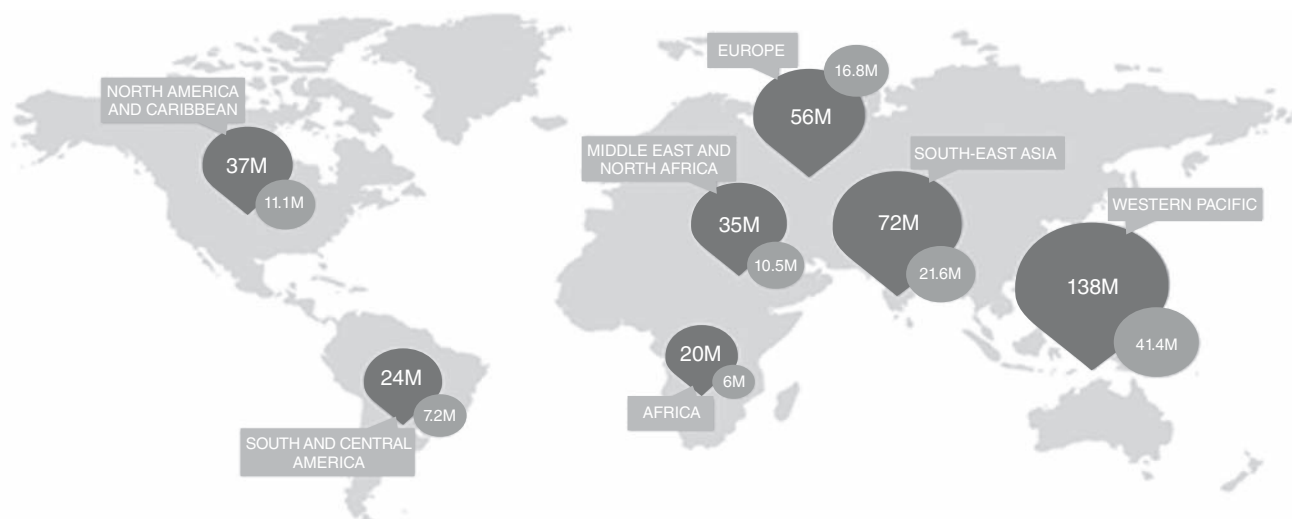


Figure 1. L'épidémie de maladie diabétique dans le monde (<http://idf.org/diabetesatlas>)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8775144>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8775144>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)