

L évolution à long terme de l'albuminurie sous IEC dans une population de diabétiques tunisiens

H.Abdessalem, C.Chaari, E.Fennira, Y.Htira, O.Sallem, O.berriche, C.Amrouche, H.Jamoussi, S.Blouza

Service de Nutrition –Diabétologie et Maladies Métaboliques A, Institut National de Nutrition –Tunis – Tunisie

INTRODUCTION:

La néphropathie diabétique est une complication grave constituant un tournant évolutif dans la maladie diabétique. Le but de ce travail était d'étudier la progression de la néphropathie sous IEC dans un groupe de diabétique après 10 ans d'évolution.

MATERIELS ET METHODES:

Il s'agit d'une étude rétrospective longitudinale portant sur 49 patients diabétiques de type 1 ou 2 qui présentaient une albuminurie positive entre 2001 et 2002. Mis sous IEC, leurs dossiers ont été revus en 2014 pour vérifier l'évolution de l'albuminurie et du débit de filtration glomérulaire.

RESULTATS:

Notre population était répartie en 49% d'hommes et 51% de femme. Le pourcentage des diabétiques de type 1 était de 40,5% alors que 59,5% étaient de type 2. Les caractéristiques générales de la population sont représentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques générales de la population

Age moyen de découverte du diabète de type 1 (ans)	18,35±12,46
Age moyen de découverte du diabète de type 2 (ans)	42,29±8,97
La durée d'évolution moyenne du diabète à la découverte de la néphropathie (ans)	12,98±7,3

Tableau 2: facteurs de risque métaboliques

HTA (%)	63.3 % (n=31)
Obésité (%)	45.7 % (n=21)
Tabac (%)	16.7 % (n=8)
Hypercholestérolémie (%)	8.2 % (n=4)

Les autres facteurs de risque métaboliques sont représentés dans le tableau 2.

L'albuminurie moyenne initiale était de 910,1±1239,3mg/24h et après 10 ans de 503,6±706,6mg/24h.

Les paramètres métaboliques sont résumés dans le tableau 3.

Après 10ans d'évolution, 50% des patients présentant une macro albuminurie sont passés au stade de micro albuminurie mais aucun n'est passé au stade d'albuminurie négative.

Par contre le 1/3 des patients présentant une micro albuminurie initiale ont eu une négativation de l'albuminurie au bout de 10 ans d'évolution.

Tableau 3: paramètres métaboliques

Glycémie à jeun (mmol/l)	12,42 [3,5-22]
Clairance de la créatinine (ml/mn)	75,35 [15,67-159,87]
Albuminurie initiale (mg/24h)	910,1 [30-5530]

DISCUSSION:

La néphropathie diabétique (ND) voit sa prévalence grandir de manière constante d'où la nécessité d'un dépistage précoce actuellement représenté par la micro albuminurie des 24h. En effet, l'albuminurie est le marqueur biologique le plus important pour la néphropathie diabétique. L'albuminurie est un fort prédicteur de la progression de la maladie rénale, des maladies cardiovasculaires et de la mortalité dans le diabète [1-2]. Cependant, l'albuminurie n'est pas un biomarqueur parfait; certains diabétiques développent une néphropathie diabétique prouvée par biopsie en l'absence de micro albuminurie [3].

La néphroprotection permet de ralentir la dégradation de la fonction rénale et le risque d'insuffisance rénale chronique terminale, avec ses conséquences humaines et économiques. La néphroprotection comporte plusieurs axes : le contrôle glycémique strict, le contrôle tensionnel, le contrôle de la protéinurie et les traitements agissant au niveau glomérulaire comme les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou les antagonistes de l'angiotensine 2 (ARA2). L'utilisation des IEC, a modifié le pronostic de la ND aussi bien au stade de micro albuminurie que de protéinurie. L'effet rénoprotecteur du blocage du système RAA par un IEC ou un sartan a été démontré dans de nombreux essais cliniques, tant sur la réduction de la protéinurie que sur le pronostic rénal au long cours [4]. En effet, les agents intervenant dans le SRAA représentent le pilier principal de la gestion de la néphropathie diabétique. La preuve majeure de cette stratégie est fournie par l'étude captopril chez des diabétiques de type 1 avec atteinte rénale [2]. Malgré l'usage réussi de ces différents moyens, le risque rénal résiduel demeure très élevé, d'où la nécessité de nouvelles approches thérapeutiques [5, 6].

CONCLUSION:

Ce travail souligne l'importance d'un dépistage précoce de la néphropathie diabétique au stade de la micro albuminurie afin d'instaurer un traitement néphroprotecteur.

REFERENCES: 1-Eijkelpamp WB et al. Albuminuria is a target for renoprotective therapy independent from blood pressure in patients with type 2 diabetic nephropathy: post hoc analysis from the Reduction of Endpoints in NIDDM with the Angiotensin II Antagonist Losartan (RENAAL) trial. *J Am Soc Nephrol.* 2007;18:1540-6. 2-Lewis EJ et al. The effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition on diabetic nephropathy. *The Collaborative Study Group. N Engl J Med.* 1993;329:1456-62. 3-Caramori ML et al. Low glomerular filtration rate in normoalbuminuric type 1 diabetic patients: an indicator of more advanced glomerular lesions. *Diabetes.* 2003;52:1036-40. 4-Casas JP et al. Effect of inhibitors of the renin-angiotensin system and other antihypertensive drugs on renal outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2005;366:2026-33. 5- Masako Furukawa et al. Pathogenesis and Novel Treatment from the Mouse Model of Type 2 Diabetic Nephropathy. *The Scientific World Journal; Vol 2013* 6-F. Waanders et al. Current concepts in the management of diabetic nephropathy. *The journal of medicine* 2013, vo l.71, no 9