

La physiopathologie précise reste encore mal connue, mais elle semble être multifactorielle. Ces manifestations pourraient être liées au relargage de gadolinium libre et du chélate dans la peau. La plus forte fréquence de la FNS avec l'Omniscan® serait liée à une constante de dissociation plus faible de ce type de gadolinium (chélates linéaires) qu'avec les chélates non linéaires. De plus, le patient insuffisant rénal serait plus à risque en raison d'une demi-vie très prolongée des chélates du gadolinium chez ce type de patient. Cette imputabilité de certains chélates du gadolinium a conduit à de nouvelles recommandations. Ainsi, le gadodiamide (Omniscan®) et l'acide gadopentétique (Magnevist®) sont maintenant contre-indiqués en France chez le patient dont la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/min. Il a par ailleurs été indiqué pour tous les gadoliniums qu'il fallait peser leur indication chez le patient insuffisant rénal. On soulignera qu'à ce jour il n'a pas été rapporté de fibrose systémique néphrogénique après administration seule de dérivé macrocyclique tel le dotarem. Il ne faut donc pas remplacer les IRM par des examens comportant l'injection d'un PCI chez le patient insuffisant rénal.

doi:10.1016/j.jmv.2008.12.118

Que reste-t-il des indications de revascularisation des artères rénales ?

C. Jacquot, A.-H. Reboux, G. Lebrun, C. d'Auzac, A. Karras
Service de néphrologie, université Paris-Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

Mots clés : Angioplastie ; Artères rénales

L'angioplastie donne régulièrement des résultats excellents dans l'hypertension artérielle (HTA) par fibrodysplasie des artères rénales ; il n'en est pas de même dans les sténoses athérosclérotiques (Saar). Les essais Drastic (49 pts) et Emma (106 pts), qui n'ont inclus que des patients à fonction rénale normale ou peu altérée, ont montré que l'angioplastie permet, au mieux, de réduire le nombre de médicaments nécessaires pour maîtriser l'HTA, mais n'a pas d'effet sur la fonction rénale. Les résultats préliminaires de l'essai Astral (806 pts dans 56 centres) montre que la revascularisation n'apporte aucun bénéfice en termes d'événements rénaux, cardiovasculaires et de mortalité par rapport à un traitement médicamenteux « optimisé ». Faut-il pour autant renoncer à corriger toutes les Saar ? Certainement pas ! La plupart des grandes études ont inclus l'ensemble des Saar supérieures à 50% alors que seules les Saar supérieures à 70% et bilatérales ou sur rein unique, c'est-à-dire les moins fréquentes, réduisent le flux sanguin rénal. Les Saar s'accompagnent de lésions de néphroangiosclérose et d'embolies de cristaux de cholestérol (EC) dans le rein d'aval qui sont responsables en elles-mêmes d'une réduction importante du débit sanguin rénal. Ainsi, seules les sténoses les plus serrées (> 70/80%) ont un retentissement sur la fonction rénale. Aucun essai prospectif randomisé n'a concerné cette cible. Toutefois, plusieurs séries rétrospectives suggèrent que l'angioplastie doit être proposée en cas de Saar supérieures à 70/80% bilatérales ou sur rein unique et si la fonction rénale se dégrade rapidement, et si la hauteur du rein d'aval est supérieure à 75 mm. Une augmentation supérieure à 30% de la créatinine sérique lors de l'introduction d'IEC ou de sartans, la survenue d'œdèmes pulmonaires répétés sur une courte période malgré un traitement médical optimal et les Saar très serrées avec retentissement hémodynamique majeur doivent faire discuter l'angioplastie. L'angioplastie sur ce terrain améliore la fonction rénale dans environ 30% des cas, la stabilise dans 30% des cas et ne l'empêche pas de s'aggraver dans 30% des cas. Dans 10% des cas, elle déclenche des EC. La décision d'angioplastie sur ce terrain doit donc être prise au cas par cas et repose sur la meilleure évaluation possible du rapport bénéfice/risque.

doi:10.1016/j.jmv.2008.12.119

Pronostic cardiovasculaire du transplanté rénal et impact du rein transplanté

A. Karras

Service de néphrologie, hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

Mots clés : Insuffisance rénale ; Dialyse ; Transplantation rénale

Le patient insuffisant rénal est aujourd'hui reconnu comme un patient à haut risque cardiovasculaire. Ce risque est à la fois secondaire aux différents facteurs de risque ayant conduit à l'insuffisance rénale (HTA, diabète, dyslipidémie), mais aussi lié à la dysfonction rénale et ses conséquences métaboliques (troubles phosphocalciques, accumulation de toxines urémiques, hyperhomocystéinémie). Les maladies cardiovasculaires sont désormais la première cause de morbidité et de mortalité chez le patient en insuffisance rénale, que ce soit au stade pré-dialytique ou au stade de la dialyse chronique.

L'athérosclérose, altération de l'intima artérielle liée aux facteurs de risque classiques de la maladie vasculaire (tabac, dyslipidémie, diabète), explique en partie seulement l'augmentation du risque cardiovasculaire global du patient insuffisant rénal. Plusieurs études réalisées ces dernières années ont montré que l'artériosclérose, maladie de la média vasculaire était également très importante sur ce terrain. L'insuffisance rénale est une situation dans laquelle on observe un vieillissement accéléré de la paroi vasculaire, aboutissant à un épaissement pariétal et une dilatation des troncs artériels. La rigidité artérielle contribue de façon majeure à la morbimortalité cardiovasculaire, influençant le risque cardiovasculaire indépendamment des modifications de la pression artérielle. Les calcifications artérielles du média, rencontrées chez le patient insuffisant rénal préterminal ou dialysé, jouent vraisemblablement un rôle important dans cette majoration de la rigidité artérielle. Une étude récente a montré que ces modifications fonctionnelles de la paroi artérielle surviennent dès les phases précoces de la néphropathie et étaient directement corrélées au degré d'insuffisance rénale, expliquant possiblement l'augmentation de la morbimortalité cardiovasculaire dès les phases initiales de la maladie rénale. La transplantation rénale, méthode de choix dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique, a été associée à une amélioration significative de la mortalité cardiovasculaire. Cet avantage par rapport à la dialyse chronique semble associé à l'amélioration globale de la fonction rénale, au meilleur contrôle du métabolisme phosphocalcique et notamment de l'hyperparathyroïdie, à l'absence de variations brutales de la volémie comparativement à l'hémodialyse chronique. Malgré cela, les traitements immunosuppresseurs, nécessaires pour maintenir un greffon rénal fonctionnel au long cours, sont associés à l'augmentation de l'incidence d'un certain nombre de facteurs de risque cardiovasculaire classiques, comme l'HTA, le diabète et la dyslipidémie. La maladie cardiovasculaire, bien que réduite après la greffe, reste une préoccupation de premier ordre chez le patient transplanté rénal, puisque la première cause de perte du rein greffé reste le décès cardiovasculaire du patient, alors que le greffon est encore fonctionnel.

doi:10.1016/j.jmv.2008.12.120

Maladie thromboembolique veineuse (Vendredi 20 mars 2009 — 14 h 30 — 17 h 30)

Stratégies de la TVP et EP chez la femme enceinte et dans le post-partum

M. Righini