

Et ailleurs...?

Aliskiren (Rasilez®): un coup fatal?

La question

Chez les diabétiques 2, les maladies cardiovasculaires (MCV) et rénales augmentent grandement la probabilité de complications graves ou de décès. L'hypertension artérielle en est en grande partie responsable et les bloqueurs du système rénine-angiotensine sont devenus les médicaments de premier choix car leur effet bénéfique est supérieur au simple abaissement de la pression, notamment sur la protéinurie. L'Aliskiren, un inhibiteur de la rénine, associé à un IEC ou un sartan (double blocage) permet-il un meilleur contrôle des MCV ou rénales qu'un blocage simple chez les patients diabétiques 2 à risque élevé?

La méthode

L'étude ALTITUDE est randomisée, à double aveugle, contrôlée par placebo. Les patients âgés de >35 ans, enrôlés de 2007 à 2010, avaient tous déjà une MCV et/ou une micro- ou macroalbuminurie. L'issue primaire, appelée «cardio-rénale», était un composite large comprenant: un décès d'origine cardiovasculaire, un arrêt cardiaque réanimé, un AVC non fatal, une insuffisance cardiaque avec hospitalisation, une insuffisance rénale terminale avec ou sans décès, un doublement de la valeur de créatinine pendant un mois au moins. Tous ces patients avaient déjà un traitement d'IEC ou de sartan.

Les résultats

Le suivi moyen a duré 32,9 mois. 4274 ont reçu l'Aliskiren (150 ou 300 mg/j) et 4287 le placebo. L'issue primaire a été atteinte chez 18,3% du groupe Aliskiren et 17,1% du groupe placebo (NS). Une réduction de 14% du rapport albuminurie/créatininurie de 14% était significative dans le groupe Aliskiren. Par contre, une hyperkaliémie ≥ 6 mmol/l est survenue chez 11,2% des patients du groupe Aliskiren et 7,2 du groupe placebo de même que des épisodes d'hypotension (12,1 vs 8,7%) ($p < 0,001$ pour les deux paramètres). L'étude a été stoppée pour des raisons de sécurité en décembre 2011.

Les problèmes et commentaires

Cette étude s'adressait à une population de diabétiques souffrant au départ d'une MCV ou de problèmes rénaux. L'adjonction d'Aliskiren à un IEC ou un sartan n'apporte aucun avantage et même peut être considérée comme dangereuse (tendance aussi aux AVC ischémiques dus aux épisodes hypotensifs). Il est toutefois surprenant que le double blocage n'améliore pas le devenir rénal malgré une baisse significative de la protéinurie. Cette étude a secoué le monde médical et aux Etats-Unis la FDA a même émis un avertissement au corps médical concernant l'association Aliskiren et IEC ou sartan chez les diabétiques 2. Mais qu'en est-il de cette association chez des diabétiques sans MCV ou rénale avérée? Cette étude ne se fera sans doute jamais, finances obligent...

Parving HH, et al. Cardiorenal End Points in a Trial of Aliskiren for Type 2 Diabetes. *New Engl J Med.* 2012;367:2204-13. / AdT

Facteurs de risque cardiovasculaires et artériopathie périphérique

Une étude prospective de 45 000 hommes (des professionnels de la santé) a débuté en 1986. Les facteurs de risque «classiques» soit fumée, pression artérielle, hypercholestérolémie et diabète de type 2 ont été évalués deux fois par an avec un questionnaire pendant 25 ans. Une artériopathie des membres inférieurs a été diagnostiquée en cas d'amputation, de revascularisation, d'obstruction de >50% à l'angiographie, un rapport de pression cheville-bras <0,9 ou par un diagnostic clinique. Pour 0 facteur de risque, l'incidence d'artériopathie a été de 9 pour 100 000 années-patients. Si les 4 facteurs sont présents l'incidence est de 186 pour 100 000 années patients avec une croissance de l'incidence avec l'augmentation des facteurs. Encore une fois: prévention, prévention (facile à dire...).

Joosten M, et al. *JAMA.* 2012;308:1660-7.
doi:10.1001/jama.2012.13415. / AdT

Migraine et substance blanche

145 femmes migraineuses ont subi une RMI en 2000 puis en 2009 avec le même appareillage. 77% de migraineuses contre 60% pour les contrôles ont une augmentation des lésions hyperintenses de la substance blanche. Ces lésions sont probablement d'origine ischémique. Heureusement le volume lésionnel est faible et n'est pas associé à des déficits cognitifs.

Palm-Meinders IH, et al. *JAMA.* 2012;308:1889-97. / AdT

Ecrans et cerveau: mise en garde!

Un article paru dans les *Archives of Diseases of Childhood* émet quelques recommandations:

- Pas d'écrans ou très peu avant l'âge de 3 ans, période de croissance rapide du cerveau
- Pas d'écrans dans la chambre à coucher
- Idéalement: 0,5 à 1 h de 3 à 7 ans, 1 h de 7 à 12 ans, 1,5 h de 12 à 15 ans et 2 h à 16 ans.

C'est nettement moins que le temps passé par les enfants aux Etats-Unis. Mais c'est peut-être un vœu pieux et surtout très difficile à mettre en pratique actuellement.

Sigman A. *Arch Dis Childhood.* 2012;97:935-42. / AdT

Fumée et mortalité féminine

Une étude anglaise a suivi 1,3 million de femmes recrutées de 1966 et 2001 et suivies jusqu'en 2011. L'année de naissance médiane était 1943. 2/3 des décès chez les fumeuses étaient dus à la fumée elle-même. Arrêter avant l'âge de 40 ans prévient 90% de ces décès et avant l'âge de 30 ans 97%. La prévention vaut vraiment la peine!

Pieri K, et al. *Lancet.* 2013;381:133-41.
doi:10.1016/S0140-6736(12)61720-6. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)