

# ABORDER LA COMPOSANTE SILENCIEUSE DE VOTRE PATIENT ATTEINT DE MORBIDITES MULTIPLES EN MEDECINE GENERALE : LE ROLE DU REIN

[www.medscape.org/interview/morbid-patient-kidney-french](http://www.medscape.org/interview/morbid-patient-kidney-french)

**Dr Luca De Nicola, MD, PhD :** Bonjour, je suis Luca De Nicola, professeur de néphrologie et directeur de l'unité de dialyse en néphrologie et de l'école post-universitaire de néphrologie de l'Université de Campanie Luigi Vanvitelli à Naples, en Italie. Je vous souhaite la bienvenue à ce programme intitulé « Aborder la composante silencieuse de votre patient atteint de morbidités multiples en médecine générale : le rôle du rein. » Je suis accompagné aujourd'hui de Sarah Jarvis, médecin généraliste, consultante clinique, professeure invitée de médecine générale à l'Université de Huddersfield au Royaume-Uni et animatrice médicale. Bienvenue, Sarah.

**Dr Sarah Jarvis, MD :** Merci. Je suis heureuse d'être ici.

**Dr De Nicola :** Merci. Commençons par dire que la maladie chronique sur laquelle nous nous concentrons aujourd'hui est une maladie évolutive. Vous voyez ici tous les stades de la MRC : il y en a 5. Il est important de retenir qu'un diagnostic et une stadification précis sont nécessaires pour utiliser efficacement le traitement. Vous voyez, les stades intermédiaires 2 à 4 jouent un rôle crucial pour commencer un traitement efficace. Elles comptent beaucoup parce que la MRC est une maladie silencieuse, jusqu'à ce qu'elle devienne grave. Sa symptomatologie est très pauvre, avec peu de symptômes et de signes. Cette caractéristique de la MRC est très importante car elle constitue un obstacle majeur à une prise en charge optimale et, bien sûr, au traitement de ces patients.

Nous pouvons donc dire à partir de cette diapositive, qui est tirée du registre américain, du dernier rapport annuel, à quel point il est difficile de poser un diagnostic pour ces patients. Vous voyez qu'au cours des 20 dernières années, les 2 dernières décennies, seulement 12 % ont été diagnostiqués avec la maladie, alors qu'ils avaient la maladie. Et cela est très important car à cause de cette absence de diagnostic, le patient est référé tardivement au néphrologue. Au cours des 20 dernières années, il n'y a eu qu'une faible augmentation de la proportion de patients atteints de MRC recevant des soins de néphrologie à temps, c'est-à-dire au moins 1 an avant de commencer une thérapie de remplacement rénal, qui comprend un traitement de dialyse.

**Dr Jarvis :** C'est bien sûr exactement la raison pour laquelle nous parlons ici de l'importance de la médecine générale : souvent, nous voyons, n'est-ce pas, Luca ? les patients venir, ils sont symptomatiques et on les diagnostique sur la base de leurs symptômes. À ce moment-là, ils peuvent insister pour être orientés vers un spécialiste. Et bien sûr, ils viendront voir leur praticien, et comme ils seront examinés, le diagnostic pourra être posé. Mais regardez cette diapositive clé, sur le fait qu'il s'agit d'une maladie silencieuse : trop souvent, cela signifie qu'il est très, très facile de sous-diagnostiquer la maladie et, pour les médecins généralistes, d'être moins conscients de l'importance de la prévention. Jusqu'à récemment, nous n'avions vraiment pas grand-chose à offrir, n'est-ce pas, Luca ? Certainement, dans les premiers stades, peut-être contrôler l'hypertension et prescrire un IEC ou un ARA2. C'est à peu près tout, n'est-ce pas ?

**Dr De Nicola :** Vous avez tout à fait raison. Ce qui est important, surtout pour les médecins généralistes, c'est que le patient verra en premier son généraliste. Il est donc très important que les médecins généralistes disent au patient : « Écoutez, vous avez une maladie rénale chronique », car c'est le seul moyen de sensibiliser les patients à la MRC.

**Dr Jarvis :** Les patients ne sont que très peu sensibilisés à la MRC. Ceci est une grande revue systématique et méta-analyse, 32 études. Si l'on regarde la sensibilisation à la MRC chez les patients atteints d'une MRC (19,2 %, avec un DFGe inférieur à 60), seul un quart de ces patients qui avaient une MRC de stade 3 à 5 en étaient conscients. Maintenant, du côté positif, les patients qui venaient de cabinets de néphrologie étaient beaucoup plus susceptibles d'en être conscients. Cela dit, il est tout de même difficile d'être orienté vers un néphrologue et de ne pas se rendre compte que l'on a un problème de reins. D'ailleurs, même ici, près de 15 % des patients étaient suivis par un néphrologue et ne se rendaient toujours pas compte qu'ils avaient une MRC. Si nous regardons la population générale, c'est-à-dire la population de patients qui n'avaient pas nécessairement de MRC, parmi ceux qui en avaient et n'en avaient pas, les statistiques sont vraiment effrayantes : 1 patient sur 12, 1 patient sur 13 seulement, ce qui signifie que 12 patients sur 13 n'en avaient aucune idée.

Examinons maintenant le diagnostic de MRC chez les patients qui en sont atteints : nous constatons qu'en fait, la MRC de stade 3 n'est pas diagnostiquée officiellement dans le monde entier. Même si nous regardons les États-Unis, qui avaient la plus forte proportion de patients diagnostiqués, il reste encore deux tiers des patients atteints de MRC de stade 3 qui n'étaient pas diagnostiqués. Et c'est vraiment important, parce que si vous ne posez pas de diagnostic de MRC, vous n'accorderez pas la même importance aux traitements préventifs, notamment le contrôle de la pression artérielle et l'utilisation des IEC ou des ARA2, qui protégeront les reins. Ils réduiront l'hypertension intraglomérulaire et, par là, la progression de la MRC.

Rappelons également que les reins ne sont pas le seul organe touché. Luca, je sais que vous êtes néphrologue, mais nous devons être conscients que le cœur est également impliqué. Il y a une incidence extrêmement élevée, une véritable corrélation entre l'incidence de la MRC et l'incidence des maladies cardiovasculaires et, surtout, de l'insuffisance cardiaque.

**Dr De Nicola :** Ce qui est important aussi, dans cette étude que vous montrez, c'est que le taux de diagnostic était similaire chez les patients présentant des comorbidités très importantes, comme l'hypertension et le diabète. Ces résultats sont plus effrayants qu'ils n'en ont l'air. Et que faire ? Ce qu'il faut faire, c'est essayer d'améliorer la communication dans la communauté médicale, dans la communauté scientifique, entre les patients et les médecins. Il me semble donc qu'une belle approche, une approche très facile, doit être synthétique et directe. Il s'agit donc d'une sorte d'approche en quatre questions pour limiter le fardeau de la MRC. Nous allons répondre à ces quatre questions très simples : « pourquoi devons-nous dépister ? », « qui doit-on dépister ? », « avec quoi dépister ? » (c'est-à-dire quel test utiliser pour dépister les personnes atteintes d'une MRC) et « que devrions-nous faire ensuite ? ».

C'est très important, car il s'agit de la fin du processus : un traitement optimal des patients. Commençons par la première question. La première question est : « pourquoi devons-nous dépister ? » Eh bien, la réponse très simple si nous regardons l'étude sur le fardeau mondial de la maladie. Cette étude mondiale de grande ampleur montre ce qui est arrivé en termes de MRC au cours des 2 dernières décennies. Eh bien, vous pouvez comprendre à quel point le fardeau de la MRC est vraiment inquiétant. En vingt ans, l'incidence et la prévalence des MRC a doublé, de même que la mortalité due à la MRC. Et nous devons souligner que la majeure partie du taux de mortalité est liée aux maladies cardiovasculaires, car les événements cardiovasculaires sont la principale complication des maladies rénales chroniques.

Et aussi, nous avons une augmentation de 62 % des années de vie corrigées selon l'incapacité. Nous parlons de millions de patients, et voici pourquoi : parce que la population augmente. Ceci est particulièrement important dans le cas des pays nouveaux ou émergents, comme en Afrique ou en Asie. Dans le monde occidental, elle est davantage provoquée par l'épidémie de diabète et, bien sûr, par l'augmentation de l'espérance de vie, car la MRC est aussi une maladie typique des personnes âgées.

**Dr Jarvis :** Pourtant, les personnes âgées ne sont plus les seules touchées, n'est-ce pas ? Et cela me paraît vraiment intéressant. Si nous regardons par exemple le diabète, la grande majorité des patients diabétiques auront un diabète de type 2. Nous savons bien entendu que l'origine ethnique, joue un rôle, tout comme les antécédents familiaux, mais cela a vraiment un lien avec l'obésité, et en particulier l'obésité abdominale. Et à quoi l'obésité abdominale vous prédispose-t-elle aussi ? À l'hypertension artérielle. Quel est l'un des autres moteurs de l'insuffisance rénale chronique ? L'hypertension artérielle. Donc, oui, ces patients vieillissent, mais nous avons une approche très différente vis-à-vis de beaucoup de mes patients très âgés. En effet, nous devons réfléchir à la raison pour laquelle nous traitons la MRC. Est-ce que cette maladie chronique est une maladie rénale ou s'agit-il d'un déclin naturel des reins lié à l'âge ?

Donc, un homme de 88 ans que j'ai rencontré assez récemment avait un DFGe de 29, mais son DFGe avait baissé incroyablement lentement, à environ 1 millilitre par minute par 1,73 mètre carré au cours des 10 dernières années. Et je lui ai dit : « Écoutez, nous devons protéger votre cœur parce que vous courez un risque accru d'insuffisance cardiaque. Nous devons protéger vos reins parce que, oui, nous ne voulons pas que leur état se dégrade davantage. Nous vous avons prescrit tous les bons médicaments, et à ce rythme, vous n'aurez de maladie rénale

terminale que si vous restez en vie jusqu'à 105 ans. » Très différent de certains de nos autres patients.

**Dr De Nicola :** Oui, vous avez raison, Sarah. Je voudrais juste ajouter qu'il est très important de souligner que la mortalité due à la MRC et le risque d'insuffisance rénale terminale signifient la dialyse. La dialyse ne dépend ni du diabète, ni de l'hypertension. Ce que je veux dire, c'est que dans le passé, de nombreux médecins pensaient à la mortalité due à la MRC ou au fait que la MRC conduise les gens à la dialyse comme quelque chose de presque indépendant de la MRC et ne dépendant que de la maladie principale, comme l'hypertension et le diabète. Cette idée erronée a été oubliée après 2012, lorsque deux énormes méta-analyses portant sur plus d'un million de patients ont démontré que la MRC jouait un rôle indépendant dans la détermination de la mortalité et de l'insuffisance rénale terminale chez un patient diabétique et un patient souffrant d'hypertension. Ainsi, ce que nous voyons en termes de pronostic de nos patients ne dépend pas seulement de l'hypertension ou du diabète, mais aussi de la MRC en soi.

**Dr Jarvis :** Mais, bien sûr, si nous pensons aux patients à haut risque (en d'autres termes, à la question « qui doit-on dépister ? ») nous pouvons nous tourner vers les recommandations KDIGO, qui indiquent très clairement les personnes à risque auxquelles nous devrions penser. Et nous avons vraiment besoin d'avoir un faible indice de suspicion, de contrôler ces patients régulièrement. Ceux qui souffrent d'hypertension, de diabète, de maladies cardiovasculaires et d'obésité, nous les dépistons, et ce régulièrement car, comme l'indiquent les recommandations KDIGO, ce sont les risques au niveau individuel ou de la population qui nous permettront d'identifier ces patients.

**Dr De Nicola :** Tout à fait. Et ce qui est important, c'est que nous devons également dépister les patients plus âgés. La méta-analyse dont je parlais, sur plus d'un million de personnes, montre que l'âge ne sauve pas la vie. J'ajouterais que chez les personnes âgées, si une MRC est présente, le pronostic s'aggrave. Nous devons donc dépister tout le monde. Nous devons aussi nous rappeler que la mortalité n'est pas la fin naturelle de ces personnes, Le décès n'est pas la fin naturelle. L'histoire naturelle voudrait plutôt qu'elles progressent vers une MRC de stade terminal. Voyons ce qui s'est produit ces vingt dernières années en Europe. Nous avons montré l'incidence au fil du temps, les 20 dernières années des patients sous dialyse, et vous pouvez voir que malheureusement, l'incidence continue d'augmenter. Donc, nous avons de plus en plus de patients qui commencent une thérapie de remplacement rénal au fil du temps, également au cours des dernières années, ce qui est très mauvais.

Vraiment très sombre. Eh bien, les tests sont très faciles et très, très bon marché. Vous pouvez voir sur cette figure KDIGO, les recommandations internationales en néphrologie, vous voyez la couleur différente du vert au rouge et, bien sûr, les personnes se trouvant dans le carré rouge sont celles qui ont le plus mauvais pronostic. Et vous pouvez voir que le pronostic dépend plus que du seul DFG, visible ici sur votre gauche. Ainsi, plus le DFG est faible et plus le risque est élevé. Mais il est très important que vous puissiez voir comment le pronostic s'aggrave avec l'augmentation de l'albuminurie. Et c'est très important. Donc, en fin de compte, nous avons deux tests faciles à utiliser pour faire un dépistage optimal. Le DFG mesure le taux de

créatinine sérique, mais il peut y avoir plus important que le DFG : l'ACR, un simple examen d'urine pour examiner l'albuminurie du patient.

**Dr Jarvis :** Eh bien, selon moi, c'est vraiment essentiel pour la médecine générale. Si nous regardons ces patients que nous devrions dépister, les patients qui souffrent d'hypertension, les diabétiques, les patients obèses ou encore ceux atteints de maladies cardiovasculaires, nous allons sélectionner des patients asymptomatiques. Ainsi, les patients au stade 2, au stade 3a et, dans une certaine mesure, au stade 3b. Je suggérerais qu'en fait, au moment où vous arrivez au stade 4 de la MRC, eh bien, vous êtes dans la zone rouge, quel que soit l'ACR urinaire. Et ce sont ces patients que nous devrions orienter, au moins en discutant avec eux, mais généralement en les orientant vers un néphrologue.

Les patients qui devraient à mon avis être orientés en médecine générale sont les patients diabétiques qui ont un ACR urinaire élevé, mais dont le DFGe pourrait bien être de 75 ; sinon, si nous ne vérifions pas l'UACR, nous pourrions ne pas réaliser qu'ils sont à risque élevé. C'est la même chose pour les patients atteints d'une maladie rénale chronique de stade 3a. En fait, si leur UACR varie de normal à légèrement augmenté, leur risque diffère fortement de celui lié à un UACR fortement augmenté.

**Dr De Nicola :** Exact. Tout à fait. Ce qui est important, c'est de placer le patient dans cette carte : elle constitue la base de la stratification des risques pour la stadification et le pronostic.

**Dr Jarvis :** Nous avons ici quelques études de cas. Ce monsieur est l'un de mes patients les plus typiques. Il souffre d'hypertension depuis longtemps, est déjà sous IEC et sa pression artérielle est assez bien contrôlée. C'est ce que nous considérerions comme acceptable pour une hypertension contrôlée. Nous avons mesuré son DFGe et son ACR urinaire. Ce que nous voyons, c'est qu'il oscille entre 3a et 3b. Son DFGe est de 45 et son UACR de 2,8. Ce sont réellement ses faibles taux d'albuminurie qui le placent dans la zone jaune. Et c'est important, n'est-ce pas, Luca ? En termes de risques pour le patient ?

**Dr De Nicola :** Eh bien, ce type de profil n'aura jamais besoin de dialyse. C'est intrinsèque, inhérent au vieillissement biologique du rein.

**Dr Jarvis :** Nous devons quand même protéger ses reins, mais sans nous inquiéter à l'excès.

**Dr De Nicola :** Mais on peut dire à ce monsieur qu'il n'ira jamais en dialyse, c'est cela qui est important. En revanche, on peut dire à ce patient : « s'il vous plaît, ne prenez pas d'anti-inflammatoires ni de médicaments néphrotoxiques ». Ce qui est aussi très important pour le pronostic du patient.

**Dr Jarvis :** C'est là un conseil très utile dont nous devons nous souvenir. Nous pouvons lui dire qu'il n'atteindra jamais l'insuffisance rénale terminale tant qu'il continuera à prendre les comprimés et restera suivi. Mais prenons notre patiente suivante : encore une fois, si nous ne mesurons que le DFGe, vous pourriez penser, oh, elle a un DFGe plus élevé, quel est le problème ? Mais tout d'abord, elle est plus jeune. Ensuite, elle a un diabète de type 2. Et si on

ajoute à cela son hypertension, on a là un facteur de risque additionnel. Troisièmement, son UACR est très élevé en comparaison de celui du patient précédent. Nous ne connaissons pas le taux de déclin de son DFGe, mais je suppose que si nous l'avions, il serait beaucoup plus rapide que pour notre patient précédent. Mais même sans connaître ce taux de déclin du DFGe, même sans savoir à quel point la fonction rénale de la patiente décline, nous la plaçons toujours dans la zone rouge sur cette carte.

**Dr De Nicola :** Il y a autre chose à dire aussi. On peut dire que si cette dame va être traitée par un IEC, un ARA2 et un inhibiteur de SGLT2, l'arrivée de l'insuffisance rénale terminale sera retardée de 15 ans en moyenne. Des essais comme CREDENCE ou DAPA-CKD ont permis de le démontrer et d'en discuter. Il est donc très important d'identifier ces patients et de les traiter correctement avec des inhibiteurs du système rénine angiotensine et des inhibiteurs de SGLT2.

**Dr Jarvis :** Donc, si nous pensons à ce que KDIGO recommande, nous avons trouvé nos patients à haut risque, nous les avons dépistés et nous avons posé un diagnostic de MRC dans ce que je suppose être une proportion significative si nous utilisons les bons critères de dépistage. Que faisons-nous ensuite ? Eh bien, beaucoup de ces patients seront en fait pris en charge en médecine générale. Maintenant, dans une certaine mesure, cela dépend de la pratique dans votre pays. Cela dépend des médicaments disponibles pour vous et si vous êtes autorisé à prescrire certains médicaments en médecine générale. Mais certains fondamentaux sont vraiment les piliers quotidiens de la médecine générale. Pour ma part, la grande majorité de mes patients atteints de MRC de stade 3a sont en médecine générale, et beaucoup de ces patients sont en fait atteints d'une MRC de stade 3b. Cela dépend beaucoup, je pense qu'il est juste de dire, de leurs facteurs de risque.

Donc, si nous repensons à notre patiente avec un DFGe de 49, ce que nous gardons à l'esprit, c'est que son DFGe diminue de plus de 5 ml/min par an. Elle a donc un niveau de risque très élevé. Pour ce type de patiente, je n'attendrais pas que son DFGe diminue en dessous de 30 pour l'orienter ou pour demander conseil à mes collègues spécialistes. Alors que le cas du précédent patient était très différent, avec un déclin peut-être très, très lent, des comorbidités qui signifiaient que son espérance de vie était de quelques années tout au plus, un DFGe de 29, mais qui diminuait très lentement, et un faible taux d'albuminurie. Je consulterais mes collègues spécialistes, mais je n'orienterais pas forcément mon patient vers eux ni ne m'attendrais à ce qu'ils soient les principaux médecins pour sa prise en charge.

Luca, je pense donc que si nous regardons ces autres patients, il y en a qu'on s'attendrait certainement à voir en consultation. Un patient atteint d'une maladie rénale héréditaire, avec lésion rénale aiguë, un patient atteint de protéinurie néphrotique avec hématurie d'origine inconnue, un patient avec hypertension résistante, pour lequel nous avons confirmé que l'hypertension était vraiment résistante et que ce n'était pas parce qu'il ne prenait pas ses médicaments, et peut-être un patient avec un taux de potassium sérique élevé, de PTH élevée, de phosphore sérique élevé. Est-ce juste, Luca ? Qu'est-ce qu'on fait pour eux à ce stade ?

**Dr De Nicola :** Je suis d'accord. Je veux dire, ce qui est important, ce n'est pas simplement d'orienter, mais de s'occuper des patients de façon conjointe avec le néphrologue. On doit

travailler ensemble sur le patient, son traitement, ses objectifs thérapeutiques. En ce qui concerne cette dame, il est clair que nous devons orienter la patiente immédiatement parce qu'elle peut avoir une glomérulonéphrite et aura donc peut-être besoin d'une biopsie rénale. Pour le premier rapport de cas, je veux dire, le monsieur avec une protéinurie de zéro, il s'agit d'un vieillissement physiologique normal du rein : il peut continuer à voir son médecin généraliste.

Cependant, il est aussi très important de partager les objectifs thérapeutiques, et le premier objectif chez ces patients est de réduire l'urémie par un régime alimentaire et un bon dosage de diurétiques. Et si nous corrigeons l'expansion volémique, nous obtenons également une pression artérielle normale, car l'essentiel de l'hypertension chez nos patients atteints de MRC dépend de l'expansion volémique. De plus, il est très important d'atteindre un indice de masse corporelle normal car, fondamentalement, la prochaine épidémie après le diabète est l'obésité, qui est associée à la protéinurie, elle-même associée à une diminution plus rapide du DFG. Il est donc très important, Sarah, de travailler ensemble sur l'IMC et sur les changements en matière de style de vie.

**Dr Jarvis :** À ce stade, vous revenez sur mon domaine, la médecine générale : sevrage tabagique, alimentation saine, exercice physique régulier. Ce sont les pierres angulaires des conseils d'hygiène de vie en médecine générale. Et, comme vous le dites si bien, essayer de réduire l'obésité. Mais en fait, bon nombre de ces traitements contre la pression artérielle, ces traitements pharmacologiques, sont essentiellement axés sur la médecine générale. Pour nous, ce sont des fondamentaux : mesurer la pression artérielle, bien contrôler l'HbA1c si le patient est diabétique, en particulier le diabète de type 2 ici, ce qui correspond à la majorité des patients pris en charge en médecine générale. Je pense que la plupart des patients atteints de diabète de type 1, seront pris en charge par des spécialistes ou dans le cadre de soins combinés. La gestion des lipides est vraiment importante en raison de ces risques de maladies cardiovasculaires, ainsi que de MRC. Les IEC et les ARA2 sont vraiment fondamentaux. Contrôlez la pression artérielle, mais utilisez un IEC et un ARA2 pour le faire, car ces agents assureront une protection indépendante des reins.

Mais il en sera de même, bien sûr, d'un inhibiteur de SGLT2 dans son indication. Non seulement un bon inhibiteur de SGLT2 protégera les reins des patients avec et sans diabète de type 2, mais il réduira également le risque extrêmement accru d'insuffisance cardiaque de ces patients. Et c'est vraiment essentiel, parce que cela signifie que nous protégeons à tous les niveaux. Je pense que les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes sont des médicaments importants. Certains de mes collègues de médecine générale ne seront peut-être pas aussi habitués à les utiliser. Mais si nous regardons ici, l'utilisation des inhibiteurs de SGLT2 s'est très vite étendue, jusqu'à devenir un traitement fondamental.

**Dr De Nicola :** Bien sûr. C'est très important, et ce qui est très important pour moi, c'est la thérapie de troisième ligne, parce qu'il faut comprendre que ces médicaments ne sont pas efficaces chez tous les patients. Ainsi, nous devons encore ajouter un traitement chez les patients pour garantir la protection complète du cœur et des reins. Il est donc très important de penser aux agonistes des récepteurs GLP-1, le nouvel antagoniste non stéroïdien

des récepteurs minéralocorticoïdes, la finérénone. De plus, n'oubliez pas d'ajouter des diurétiques et des inhibiteurs calciques pour un contrôle optimal de l'hypertension. Bien entendu, un parfait contrôle de la glycémie est également très important.

**Dr Jarvis :** Eh bien, à ce propos, de nouvelles recommandations KDIGO ont été publiées sur la MRC et le diabète de type 2, tout comme NICE au Royaume-Uni. Et dans ces deux recommandations, les inhibiteurs de SGLT2 sont apparus parce que c'est de cette façon que vous allez à la fois contrôler la glycémie à des niveaux plus élevés de DFGe et protéger les reins en utilisant des inhibiteurs de SGLT2. Nous devons nous rappeler que les inhibiteurs de SGLT2 sont moins efficaces pour le contrôle glycémique à mesure que le DFGe diminue, mais ils restent tout aussi efficaces en termes de protection des reins et, bien sûr, de protection du cœur. Donc, si nous regardons les patients qui font l'objet d'une évaluation, nous avons des patients avec un DFGe supérieur à au moins 30. Les patients qui ont une insuffisance cardiaque et des niveaux élevés d'ACR sont les plus prioritaires.

Il faut garder à l'esprit les contre-indications, et notamment, par exemple, les patients à très haut risque d'acidocétose diabétique, les patients immunodéprimés ou ceux qui souffrent d'ulcères du pied. Ensuite, nous devons nous demander où nous allons. Prenons par exemple la canagliflozine, la dapagliflozine et l'empagliflozine :- leurs études et leurs indications varient légèrement, mais nous devons examiner les agents pour lesquels des données existent à la fois dans la MRC et le diabète de type 2. Et comme nous le savons, tous n'ont pas d'autorisation pour les patients non diabétiques, mais certains en ont. Ceci est vraiment très important. Nous devons nous rappeler que nous ne prescrivons plus d'inhibiteurs de SGLT2 dans le seul but de contrôler la glycémie, car si c'était le cas, nous les arrêterions lorsque le DFGe devient inférieur à 45. Aujourd'hui, nous les prescrivons pour d'autres indications.

**Dr De Nicola :** Oui, tout à fait. Les inhibiteurs de SGLT2 doivent être administrés pour la protection des organes et je peux vous dire que l'hypoglycémie est un effet secondaire des inhibiteurs de SGLT2. Nous devons administrer ces médicaments pour protéger les reins et le cœur. C'est vraiment très important

**Dr Jarvis :** Le médecin généraliste en moi dirait que le contrôle de la glycémie est un effet secondaire très appréciable pour les patients atteints de diabète de type 2.

**Dr De Nicola :** Bien sûr.

**Dr Jarvis :** Donc, Luca, pour résumer...

**Dr De Nicola :** Oui, résumons. Nous avons ici un organigramme, ou disons une sorte d'organigramme permettant de prendre le patient en charge dès le départ et de le traiter convenablement. Nous avons ici un éventail des recommandations. Mais je tenais surtout à souligner la première partie : choisir les patients qui doivent être dépistés pour la MRC est très important. C'est vraiment important. Tout aussi important que le choix du traitement. N'oubliez pas la première partie de cet organigramme, c'est-à-dire le dépistage.

**Dr Jarvis :** Et je pense qu'il est juste de dire que ces 4 éléments sont tous importants ici. Vous avez très bien expliqué pourquoi nous devons procéder à un dépistage : l'augmentation du nombre de patients atteignant une maladie rénale terminale, l'augmentation de l'invalidité, mais aussi l'augmentation, bien sûr, des risques d'autres comorbidités pour ces patients, par exemple les maladies cardiovasculaires et l'insuffisance cardiaque. Et, bien sûr, l'important est que si vous avez un patient atteint de MRC, cela peut immédiatement [être] un indicateur pour vous : ce patient est lui aussi à haut risque d'être atteint de ces autres pathologies, et je dois l'en protéger. Ensuite, nous avons la question « que faisons-nous ? ». Et j'espère vraiment que nous avons bien expliqué pourquoi, si vous utilisez le DFGe seul, eh bien, Luca, vous manquerez certains patients qui devraient vraiment vous être référés.

**Dr De Nicola :** Exact. Exact. Mesurez la protéinurie, l'albuminurie, faites l'examen d'urine, tout ce que vous utilisez pour mesurer l'albuminurie conviendra, mais ce qui est très important est de mesurer l'albuminurie.

**Dr Jarvis :** Absolument. Et puis, si nous pensons à ce que nous en faisons avec ces patients, eh bien, cela dépendra de vos recommandations locales et peut-être de votre niveau de confiance, etc. Mais je pense qu'il y a des principes fondamentaux qui sont très axés sur la médecine générale : arrêt du tabac, santé cardiaque, exercice physique, perte de poids si possible, contrôle de la pression artérielle. Mais avec quoi contrôle-t-on la pression artérielle ? Nous devons utiliser des IEC ou des ARA2 et, ce qui est vraiment important, un contrôle intensif des lipides en raison de leur risque cardiovasculaire. On réalisera également un contrôle intensif de la glycémie pour protéger les reins. Mais maintenant, je pense que ce changement-ci est vraiment le grand changement que nous avons vu ces dernières années. Nous n'avons plus seulement des statines modérées à élevées, un blocage de SRAA et un contrôle de la glycémie en général ; maintenant, nous avons aussi un traitement fondamental spécifique par inhibiteurs de SGLT2, pour ces patients atteints de diabète de type 2 et, dans certains cas, pour les patients atteints de MRC sans diabète de type 2.

**Dr De Nicola :** Et je peux vous dire, Sarah, que les inhibiteurs de SGLT2 vont changer l'histoire naturelle de nos patients atteints de MRC, qu'ils soient diabétiques ou non. Donc, ils fonctionnent bien dans les deux cas et nous devons les considérer essentiellement comme nous le faisons avec les IEC au début des années 1990. Maintenant, nous devons comprendre qu'un IEC ou un ARA2 plus un inhibiteur de SGLT2 constitue le traitement de base pour nos patients, quel que soit leur état au départ.

**Dr Jarvis :** Voilà, il me semble, une façon parfaite de clôturer cette session.

**Dr De Nicola :** Merci. Merci, Sarah. Et je tiens à remercier tout le public d'avoir suivi ce programme. J'espère que cela a été intéressant et innovant pour vous. Merci beaucoup et bonne journée.

*Ceci est une transcription qui n'a pas été révisée.*

**Avis de non-responsabilité**

Ce document n'est fourni qu'à titre éducatif. Aucun crédit de formation médicale continue (FMC) ne sera accordé pour la lecture du contenu de ce document. Pour participer à cette activité, rendez-vous sur [www.medscape.org/viewarticle/986717](http://www.medscape.org/viewarticle/986717)

Pour toute question concernant le contenu de cette activité, veuillez contacter le prestataire responsable de cette activité éducative à l'adresse [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net).

Pour obtenir une assistance technique, contactez l'adresse [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net).

L'activité pédagogique présentée ci-dessus peut impliquer des scénarios de cas simulés. Les patients représentés dans ces scénarios sont fictifs et aucune association avec un patient réel quel qu'il soit n'est voulue ni ne doit être présumée.

Le contenu présenté ici ne reflète pas nécessairement l'opinion de Medscape, LLC ou celle des sociétés qui soutiennent les programmes éducatifs sur [medscape.org](http://medscape.org). Ce contenu pourrait porter sur des produits thérapeutiques n'ayant pas encore été approuvés par la Food and Drug Administration des États-Unis et des utilisations hors AMM de produits approuvés. Un professionnel de santé qualifié doit être consulté avant la prise de tout produit thérapeutique mentionné. Il est de la responsabilité des lecteurs de vérifier toutes les informations et les données avant de traiter des patients ou d'utiliser des traitements décrits dans cette activité éducative.

Medscape Education © 2023 Medscape, LLC