

QUEL EST LE CONSENSUS DES EXPERTS EN MATIÈRE D'IDENTIFICATION ET DE PROTECTION DES PATIENTS AU STADE PRÉCOCE DE L'IRC ?

www.medscape.org/roundtable/early-stage-ckd-management-french

Dr Lawrence Leiter, MD, FRCPC, FACP, FACE FAHA, FACC : Je suis le Dr Lawrence Leiter et je vous souhaite la bienvenue dans ce programme sur le consensus des experts concernant l'identification et la protection des patients à un stade précoce de l'IRC. Ces dernières années, nous avons beaucoup entendu parler d'essais très prometteurs dans le traitement des patients atteints d'insuffisance rénale avancée, mais évidemment, le plus important est d'identifier les premiers stades de l'IRC chez nos patients et de les empêcher d'évoluer vers des stades plus avancés.

Je suis endocrinologue. Je m'intéresse particulièrement à la prévention des complications du diabète et j'ai eu la chance de participer à différents essais d'envergure. Je suis très heureux que deux experts, le professeur Per-Henrik Groop de l'Université de Helsinki et le docteur Radica Alicic de la Faculté de médecine de l'Université de Washington, se joignent à moi. Commençons par accueillir Radica. Bienvenue et merci de vous être jointe à nous. Peut-être pouvez-vous nous dire quelques mots sur vos sujets de prédilection ?

Dr Radica Alicic, MD, MS, FACP, FHM : Merci beaucoup Lawrence de nous avoir invités. Je suis très heureuse de faire partie de ce groupe. Comme vous l'avez souligné, les confrères néphrologues, généralistes et endocrinologues doivent collaborer. J'exerce au sein du Providence Health System de Spokane, dans l'État de Washington, et je suis titulaire d'un poste de professeur à l'Université de Washington. Je m'intéresse au diabète et à la néphropathie diabétique et j'ai eu la chance de participer à des essais cliniques d'envergure, dont les études CREDENCE et EMPA-CKD. Je vous remercie pour votre invitation.

Dr Leiter : Je vous en prie. Je vous remercie d'être parmi nous. La parole est à vous Per.

Dr Per-Henrik Groop, MD, DMSc, FRCPE : Je suis néphrologue en Finlande. J'ai étudié la diabétologie il y a longtemps. Je suis actuellement professeur de médecine interne à l'Université de Helsinki et médecin-chef du service de néphrologie du centre hospitalier universitaire de Helsinki. Je dis parfois que mon travail principal est d'être l'investigateur principal de l'étude Finish Diabetic Nephropathy Study, la plus grande série de patients atteints de diabète de type 1 (DT1), avec ou sans néphropathie diabétique dans le monde. Avec 58 scientifiques, nous menons un travail passionnant pour essayer de comprendre pourquoi certaines personnes atteintes de diabète développent une insuffisance rénale.

Dr Leiter : Bon, très bien. Nous comptons donc parmi nous des personnes ayant des intérêts pour la recherche et la pratique clinique dans la néphropathie diabétique, et ensemble, nous allons discuter de l'importance de détecter précocement l'IRC, pas seulement chez les patients diabétiques, ainsi que des bénéfices et de l'utilisation pratique des traitements de protection rénale, dont les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2), dans l'approche holistique de la prise en charge de l'IRC. Commençons Per, nous venons d'assister à une interaction quotidienne très courante entre un médecin généraliste et un patient atteint de diabète de type 2 (DT2), qui dans ce cas précis risque d'évoluer vers une IRC. Pourquoi est-il important de détecter une IRC le plus tôt possible ?

Dr Groop : Larry, c'est une question et un problème très importants dans le traitement quotidien des patients atteints de diabète de type 2. En effet, lorsque l'on examine la fonction rénale en mesurant le DFGe, puis l'albuminurie pour détecter les signes précoces de l'IRC chez les patients atteints de DT2, on constate que plus d'un patient sur deux présente des signes d'IRC.

Effectué à l'échelle mondiale par Hans-Henrik Parving il y a de très nombreuses années, le dépistage de la présence d'une albuminurie et d'un DFGe inférieur à 60 ml/min/1,73 m² chez les patients a montré que 56 % d'entre eux présentaient des signes d'IRC. La néphropathie diabétique est donc fréquente et, ce qui importe plus encore, c'est que la présence d'une IRC augmente le risque de décès prématuré de ces patients. Avec l'albuminurie, le risque de décès précoce augmente déjà plusieurs fois, tout comme avec un DFGe inférieur à 60 ml/min/1,73 m², et avec les deux simultanément, le risque de mortalité est vraiment bien plus élevé.

Mais il n'y a pas que la mortalité, il y a aussi un risque accru d'événements cardiovasculaires comme les infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux. Plus la fonction rénale est affaiblie, plus il y a de fuites d'albumine dans l'urine et plus ces patients sont susceptibles d'être confrontés à un événement cardiovasculaire. Et ce qui est très important c'est que lorsqu'il y a une perte de fonction rénale et que vous êtes atteint de DT2, le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque augmente considérablement et il en est de même en cas d'augmentation du taux d'excrétion de l'albumine.

Si l'on veut contextualiser ces faits, pensez à un patient diabétique dans votre hôpital. Le simple fait qu'il soit atteint de diabète réduit son espérance de vie de 6 ans. Mais si ce patient a fait un infarctus du myocarde ou un AVC, son espérance de vie est réduite de 12 ans. Lorsque les premiers signes d'IRC sont décelés chez un patient atteint de DT2, l'espérance de vie est réduite de 16 ans. Ainsi, Larry, la néphropathie diabétique, ou plutôt aujourd'hui l'IRC, est fréquente chez les patients atteints de diabète de type 2, et les conséquences sont graves.

Dr Leiter : Très bien. Merci d'avoir souligné les nombreuses façons dont ces personnes sont à risque. Radica, nous avons vu ce patient, Oliver, qui a des antécédents de diabète de type 2. Que pouvons-nous faire de mieux pour prendre en charge et réduire le risque cardio-rénal d'Oliver ?

Dr Alicic : C'est une excellente question, Lawrence. Je pense que depuis le début des années 2000, lorsque les principales études ont montré les effets des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA2), nous avons été confrontés à une lacune thérapeutique de deux décennies. Je pense que beaucoup de mes confrères généralistes ne voyaient pas l'intérêt de dépister et de mettre en évidence cette pathologie, car on ne peut pas faire grand-chose pour ces patients. Si l'on examine les données de différents pays, dont les États-Unis, environ 50 %, ou entre 50 % et 60 % des patients, ont été dépistés pour cette maladie.

Que peut-on donc faire ? Aujourd'hui, nous vivons, nous avons la chance de pratiquer à un moment très favorable. Une fois que nous avons détecté des patients – pour lesquels Per-Henrik a très bien décrit le risque de maladie cardiovasculaire et d'évolution vers une insuffisance rénale, et, bien sûr, un décès – nous disposons maintenant d'un certain arsenal thérapeutique à utiliser. Que devons-nous donc faire ? Lorsque nous recevons en consultation des patients atteints de DT2, nous devons commencer par les dépister au moins une fois par an, en pratiquant des analyses de sang pour déterminer le DFGe et d'urine pour déterminer l'albuminurie afin de détecter une insuffisance rénale.

Que signifie l'insuffisance rénale chronique chez les diabétiques ? Cela signifie qu'ils présentent de manière persistante un DFGe anormal, une albuminurie ou des anomalies structurelles et doivent obtenir deux résultats anormaux dans les 90 jours. Un résultat anormal ponctuel ne correspond pas à une insuffisance rénale chronique. Lorsque l'on cherche une albuminurie, nous vérifions les premières urines du matin, car l'albuminurie est l'un des biomarqueurs qui a tendance à présenter une grande variabilité, jusqu'à 30 %. La protéine morphogénétique osseuse (PMO) ou la fonction rénale (débit de filtration glomérulaire) peuvent être vérifiées à tout moment de la journée. Chez les personnes atteintes de DT1, on peut commencer le dépistage de l'insuffisance rénale chronique 5 ans après le diagnostic.

Pourquoi est-il donc important de vérifier à la fois l'albuminurie et le DFGe ? Je pense que c'est important, comme l'a souligné Per Henrik, car ces personnes présentent un risque accru de mortalité cardiovasculaire. Nous pensons toujours à la dialyse, mais seulement 10 % environ des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique passeront à une dialyse rénale. Une fois que nous avons diagnostiqué une insuffisance rénale chronique chez un patient, c'est-à-dire qu'il a obtenu deux résultats anormaux, nous devons le suivre. Si l'albuminurie est inférieure à 300 mg/g, on peut probablement suivre les patients tous les ans. Si l'albuminurie est supérieure à 300 mg/g et que le DFGe est compris entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², nous devons les suivre au moins deux fois par an. Si l'on prête attention aux cartes de *Kidney Disease : Improving Global Outcomes* (KDIGO), un très bon outil pour décrire le risque des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, vous verrez qu'une personne qui présente le même DFGe entre 30 et 45 ml/min/1,73² peut présenter un risque très différent en fonction du taux d'albuminurie.

Dr Leiter : Très bien, merci. Vous avez soulevé différents points importants, et je pense que vous avez tous deux souligné le fait que les patients atteints d'insuffisance rénale précoce courent un risque accru d'insuffisance rénale plus avancée, ainsi que de cardiopathie, de maladie cardiovasculaire. Malheureusement, certaines de ces interventions se sont révélées efficaces pour réduire le risque de néphropathie et de maladie cardiovasculaire. Avant de poursuivre, je souhaite apporter un éclaircissement. Radica, je pense que vous avez très bien souligné l'importance du dépistage, car nous disposons maintenant d'interventions dont les bénéfices ont été démontrés clairement. Per, alors pourquoi on ne fait pas mieux ? 10 ou 15 ans plus tard, pourquoi, selon l'endroit où vous vivez, environ la moitié de nos patients ne font-ils toujours pas l'objet d'un dépistage de l'albuminurie ?

Dr Groop : Larry, c'est une question très importante que nous devons aborder désormais, car la pratique clinique, à savoir un dépistage qui ne concerne que la moitié des patients, voire moins de la moitié dans de nombreux pays, devrait être différente compte tenu de la fréquence de l'IRC et des conséquences sombres qui en découlent. Nous devons tous, bien sûr, et en particulier les médecins généralistes, veiller à dépister la présence d'une IRC chez tous les patients, et le dépistage doit évaluer non seulement l'albuminurie, mais aussi la fonction rénale. Les deux sont importantes, car elles donnent des informations légèrement différentes. Un DFGe réduit signifie que les reins comportent déjà des cicatrices de modifications fibrotiques. L'albuminurie signifie que, fondamentalement, chaque

membrane basale de l'organisme présente une fuite d'albumine, que nous mesurons juste dans l'urine, mais elle indique également que quelque chose ne va pas au niveau des reins.

Laissez-moi commenter brièvement ce qu'a dit Radica, à savoir que peu de ces patients finissent par être dialysés. La raison en est que la plupart d'entre eux meurent de maladie cardiovasculaire avant de commencer la dialyse. Il est également important de s'en souvenir.

Dr Alicic : La raison pour laquelle on ne dépiste pas. Lorsqu'une personne a mal au dos, elle arrive avec une douleur atroce et veut être dépistée immédiatement. Lorsque l'on est atteint d'insuffisance rénale, la maladie reste longtemps silencieuse. Nous savons que les praticiens, les professionnels de santé et les patients sont très peu sensibilisés à l'insuffisance rénale. Et honnêtement, je pense que les médecins généralistes ne comprennent pas si bien que ça la sensibilisation au risque cardiovasculaire, au risque accru de décès et à la réduction de l'espérance de vie. Nous pensons toujours à la dialyse, et ce que Per vient de mettre en lumière, les personnes ayant survécu à la dialyse sont des survivants d'une maladie cardiovasculaire, donc ils s'en sont sortis. Mais 90 % des personnes présentant des problèmes similaires ne s'en sont pas sorties. Nous devons donc sensibiliser le public à cette maladie.

L'inertie thérapeutique à laquelle nous sommes confrontées depuis deux décennies en est un autre aspect. Je sais qu'aux États-Unis, et en particulier dans d'autres régions du pays, les compagnies d'assurance utilisaient parfois des paramètres du type : « Si vous mettez le patient sous IEC/ARA2, c'est parfait. Ce n'est même pas la peine de fournir la mesure de la protéinurie ».

Dr Leiter : Oui. Je vous remercie tous les deux d'avoir soulevé des points très importants. Per, revenons au cas d'Oliver. Il présente un DFGe de 75 ml/min/1,73 m² et un rapport albumine/créatinine de 210 mg/g. Vous êtes néphrologue. Tout d'abord, à quel stade de la maladie est-il ? Quel est le niveau de risque et devrions-nous orienter tous ces patients vers un néphrologue ?

Dr Groop : Très bonne question Larry. Tout d'abord, si l'on place ce patient sur la carte KDIGO en fonction de son DFGe et de son taux de sécrétion d'albumine, on découvre que son IRC est à risque modéré d'évoluer vers une insuffisance rénale terminale (IRT). Nous devons en tenir compte lorsque nous adaptons le traitement, car il est déjà à risque.

Cette carte KDIGO repose en grande partie sur des équations de calcul du risque dérivées à l'origine de deux populations canadiennes, des patients atteints d'IRC de stade 3 à 5, adressés à des néphrologues. Ces équations ont ensuite été validées sur plus de 700 000 personnes dans plus de 30 pays dans le monde et prédisaient assez précisément la probabilité d'une insuffisance rénale traitée à 2 et à 5 ans, c'est-à-dire par une dialyse ou une greffe pour les patients atteints d'IRC de stade 3 à 5. Elles fonctionnent très bien.

La seconde question était : « Doit-il être orienté vers un néphrologue ? » Je dirais non, il est encore à un stade précoce et peut être traité par un médecin généraliste. La raison pour laquelle je le dis, c'est que dans de nombreux pays du monde, il n'est pas aussi facile d'avoir accès à un néphrologue. Dans mon pays, ces patients me sont adressés lorsque leur DFGe est de 30 ml/min/1,73 m² environ. Dans bien d'autres pays, c'est lorsque le DFGe est inférieur à 30. Je pense qu'il est important de garder à l'esprit que ces patients, la majorité d'entre eux, sont traités par des médecins généralistes, qui ont désormais les moyens de prendre ces patients en charge.

Dr Leiter : Très bien, parfait. Approfondissons ce point. Que faut-il faire exactement pour tenter de réduire le risque d'évolution de ce patient ?

Dr Groop : Ce que je dis habituellement à mes collègues et à mes patients, c'est qu'il faut être pragmatique. J'appelle cela « la règle des cinq doigts ». Nous savons tous que nous avons cinq doigts, donc c'est facile de s'en souvenir : hémoglobine glyquée (HbA1c) inférieure à 7, donc contrôle optimal de la glycémie ; contrôle optimal de la pression artérielle, pression artérielle inférieure à 130 / 80 mm Hg ; et utilisation d'un inhibiteur du SRAA ; également, recherche d'un contrôle optimal des lipides, au moins un taux de cholestérol LDL inférieur à 1,8 mmol/L, mais de préférence, en cas de signes d'IRC, inférieur à 1,4 ; et l'hygiène de vie, le tabagisme sont extrêmement importants. Et malheureusement, je peux vous dire que tous les patients ne bénéficient même pas des soins standard. Si nous parlons de dépistage sous-optimal, la règle des 5 doigts est également sous-optimale pour les patients.

Dr Leiter : Tout à fait. Ça me plaît. Les gens doivent pouvoir se souvenir de leur nombre de doigts. Là encore, sur cette base, que nous disent nos recommandations ? Que devrions-nous faire, et si vous en aviez la possibilité, dites-nous brièvement quelles sont les preuves qui étayent ces recommandations actuelles ?

Dr Groop : Bien sûr. La règle des cinq doigts correspond à la norme de soins. Tous les essais menés viennent s'ajouter à la norme de soins que nous devons proposer en premier lieu. Mais ces dernières années, nous avons mené de nombreux essais remarquables portant sur les inhibiteurs de SGLT2, ainsi que sur un antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes non stéroïdiens et des agonistes des récepteurs du glucagon-like peptide-1 (GLP-1). Maintenant, il y a les recommandations des différentes sociétés savantes mondiales, des sociétés spécialisées comme l'European Society of Cardiology(ESC), l'European Association for the study of diabetes (EASD), KDIGO, l'European Renal Association (ERA) et, bien sûr, l'American Diabetes Association diabète (ADA). Elles préconisent toutes, en plus des soins standard, à savoir la règle des 5 doigts, d'envisager d'utiliser un inhibiteur du SGLT2, car il a été démontré que les inhibiteurs du SGLT2 protègent le cœur, mais aussi les reins. La bonne nouvelle, c'est que nous pouvons maintenant commencer ces traitements, conformément aux recommandations de l'ADA, si le DFGe est inférieur à 20 ml/min/1,73 m².

Si l'on examine les principaux essais sur les résultats des inhibiteurs du SGLT2, il existe une méta-analyse que je vous invite tous à lire, dans *The Lancet*, qui montre que l'on peut réduire de 40 % environ le risque d'évolution vers une insuffisance rénale, que le patient soit diabétique ou non. Il y a ensuite des essais plus récents portant sur des patients atteints d'insuffisance rénale, donc des essais dédiés au rein, qui ont permis d'obtenir des données très similaires et montrent que l'on peut réduire de 40 % environ la progression de l'insuffisance rénale. Les recommandations de l'ADA le soulignent très bien en utilisant ce que l'on appelle une « approche par pilier », qui comprend fondamentalement 5 piliers : modification de la durée de vie, gestion optimale de la glycémie, pression artérielle, gestion des lipides, et en plus, des produits ayant montré des bénéfices cardiovasculaires et rénaux.

« Quelles sont les preuves ? » Il est très intéressant de constater que par le passé, les essais sur les inhibiteurs du SRAA n'ont pas montré d'effet sur la mortalité, mais que les essais sur les inhibiteurs de SGLT2 ont également montré qu'ils réduisaient assez efficacement le risque de mortalité. Et comme je l'ai déjà souligné, l'antagoniste non stéroïdien du récepteur minéralocorticoïde a également montré un effet remarquable avec une réduction de 18 % à 23 % du critère d'évaluation rénal composite. Enfin, si l'on examine les essais portant sur les agonistes des récepteurs du GLP-1, on constate qu'ils réduisent

l'albuminurie, mais ne semblent pas avoir les mêmes effets sur les paramètres cardiaques et rénaux que les inhibiteurs de SGLT2. Larry, il y a actuellement de nombreuses preuves et elles ont fait irruption dans les recommandations. Tous ceux qui nous écoutent doivent respecter la règle des 5 doigts et également fournir des médicaments qui protègent les organes.

Dr Leiter : C'est parfait. Merci beaucoup pour cette excellente synthèse. Avant de poursuivre, je souhaite apporter un éclaircissement sur un point. Vous avez dit pouvoir utiliser les inhibiteurs de SGLT2 pour faire baisser un DFGe. Nous avons maintenant des preuves jusqu'à une valeur de 20 ml/min/1,73 m², mais une question revient souvent parmi les cliniciens : « Quand commence-t-on ? » Avons-nous besoin de voir baisser le DFGe ou constater une albuminurie, ou l'un des deux seulement pour commencer à administrer un inhibiteur du SGLT2 ?

Dr Groop : Je dirais que plus tôt on peut commencer, mieux c'est. Gardez à l'esprit qu'au début les inhibiteurs de SGLT2 étaient par définition des médicaments hypoglycémifiants. Il y a une indication dans le traitement du diabète chez les patients atteints de DT2. Ils peuvent donc être commencés vraiment très tôt. Bien entendu, les essais auxquels je fais allusion sont menés à des stades beaucoup plus avancés. Mais je dirais qu'au plus tard lorsque vous constatez une albuminurie ou une réduction du DFGe et si vous constatez les deux, c'est définitivement un appel à agir. Mais il faut commencer très tôt, dès les premiers signes d'IRC.

Dr Leiter : Très bien, parfait. Radica, essayons de rassembler tous les éléments. Pouvez-vous nous expliquer comment utiliser ces produits dans notre pratique ? Il reste des problèmes de sécurité d'emploi. Je pense que certains d'entre eux sont réels, d'autres moins. Vous pourriez peut-être les mettre en évidence pour nous.

Dr Alicic : Merci Lawrence. Ainsi, après plusieurs années de recommandations contradictoires ou non harmonisées émanant de différentes sociétés d'endocrinologie, de néphrologie et de cardiologie, ainsi que de KDIGO, nous avons finalement obtenu le rapport consensuel conjoint ADA-KDIGO en 2022 sur la manière de traiter les patients atteints d'insuffisance rénale chronique dans le contexte de diabète. Des modifications de l'hygiène de vie pour tous les patients. Les patients qui présentent une albuminurie ou un DFGe faible devraient commencer à prendre des inhibiteurs de SGLT2, ce qui s'éloigne des recommandations de l'ADA de 2020 et des recommandations KDIGO précédentes qui préconisaient de ne commencer à prendre des inhibiteurs de SGLT2 qu'aux patients présentant une albuminurie significative. Aujourd'hui, nous sommes unanimes : toute personne atteinte d'insuffisance rénale chronique et de diabète doit commencer à prendre un inhibiteur de SGLT2. La metformine peut être utilisée, si nécessaire.

Si les patients sont obèses, s'ils sont atteints de maladie coronarienne ou s'ils n'ont pas atteint l'objectif thérapeutique d'hémoglobine glyquée (HbA1c), nous pouvons ajouter un agoniste des récepteurs du GLP-1. L'un des bénéfices des antagonistes des récepteurs du GLP-1 est qu'ils conservent une action antihyperglycémique, même à un stade avancé de l'insuffisance rénale chronique. En cas d'hypertension artérielle ou d'albuminurie, tous les patients doivent être traités par des inhibiteurs du SRAA, qu'il s'agisse d'IEC ou d'ARA2. Il faut simplement se rappeler que tous les essais dont nous discutons ont été menés chez des patients sous IEC ou ARA2. En cas d'albuminurie résiduelle chez un patient après introduction de l'inhibiteur de SGLT2 et du SRAA, il est possible d'ajouter de la finérénone, dont les essais FIGARO-DKD et FIDELIO-DKD ont montré qu'elle réduisait l'albuminurie résiduelle et augmentait les paramètres cardiovasculaires et rénaux.

N'oubliez pas que les patients atteints d'insuffisance rénale chronique présentent le risque d'événements cardiovasculaires le plus élevé et qu'il convient de vérifier leur profil lipidique et de les traiter par des statines. Comme il s'agit de nouveaux traitements, nous ne devons pas oublier les effets indésirables. Commençons par les effets indésirables attendus. Ces patients présentent un risque accru d'infections génitales, purement dû à l'augmentation de la sécrétion de glucose dans l'urine. Je recommande à mes patients d'être vigilants en ce qui concerne leur hygiène et de veiller à ce que leurs zones génitales soient propres et sèches.

Un autre effet indésirable chez les patients qui commencent à prendre des inhibiteurs de SGLT2 est la déplétion volumique. Nous devons penser à les suivre étroitement afin de détecter des signes d'hypotension, d'ajuster le diurétique et de leur demander d'arrêter les inhibiteurs de SGLT2 les jours où ils sont malades avec une diminution de l'apport oral, des nausées ou des vomissements. L'acidocétose diabétique est un effet indésirable très grave que nous avons observé, même avec le statut présymptomatique et clinique précoce des inhibiteurs de SGLT2. Elle a été détectée dans tous les essais. Le nombre absolu est très faible. Il s'agit de quelques cas sur des milliers de participants à différents essais. La recommandation est que, en cas de malaise, de nausées, de vomissements, de diminution de la prise orale, les patients doivent conserver leur traitement. Ils doivent également se rappeler de ne pas réduire le traitement antihyperglycémique de base, d'utiliser l'insuline d'entretien et de l'insuline d'appoint, et d'être vigilants en cas de léthargie, de perte d'appétit, de nausées ou de douleurs abdominales afin d'alerter les professionnels de santé ou le service des urgences local.

Des amputations ont été signalées principalement avec la canagliflozine, et l'un des moyens d'y remédier est de demander aux patients, en particulier à ceux déjà amputés, de vérifier leurs membres tous les jours. On observe très rarement une hypoglycémie avec ce médicament. Les inhibiteurs de SGLT2, ne l'oublions pas, ont été autorisés initialement pour leur effet anti-hyperglycémique, et la protection rénale et les résultats cardiovasculaires ont été constatés plus tard, dans le cadre d'essais cardiovasculaires spécifiques.

L'un des effets sur lequel je m'interroge beaucoup ou reçois de nombreuses questions est la baisse du DFGe. Il ne s'agit pas d'un effet indésirable. C'est le mode de fonctionnement des inhibiteurs de SGLT2. Ils réduisent l'hyperfiltration glomérulaire et l'hypertension glomérulaire. La baisse du DFGe se produit environ 2 semaines après le début du traitement. Elle est comprise entre 3 et 5 ml/min, et chez la plupart des patients, la fonction rénale de base est rétablie dans les 4 semaines. Il est donc important de garder à l'esprit qu'en dépit de cette baisse initiale, après 2 semaines, la fonction rénale est maintenue par rapport au placebo chez tous les patients des essais portant sur les trois inhibiteurs de SGLT2, à savoir la canagliflozine, la dapagliflozine et l'empagliflozine, dans les essais sur l'insuffisance cardiaque et les paramètres rénaux. La baisse initiale du DFGe n'est donc pas une raison d'arrêter ces médicaments. Le seul conseil que je donne est de ne pas commencer à prendre en même temps plusieurs produits susceptibles d'entraîner une baisse du DFGe. Par exemple, si vous commencez un inhibiteur de SGLT2 et que vous devez ajouter de la finérone, vous devriez probablement échelonner le début de ces traitements sur 4 à 6 semaines.

Dr Leiter : Très bien, parfait. Merci beaucoup. Nous avons beaucoup de messages pratiques importants ici. Nous pourrions continuer à échanger encore longtemps, mais le temps qui nous est imparti est malheureusement écoulé. Je vais essayer de récapituler nos échanges. Nous avons commencé par un scénario qui n'est pas du tout rare : un patient se présente au cabinet d'un médecin généraliste avec des signes précoces d'insuffisance rénale. Ce qui est important, ce que mes confrères ont si bien souligné,

c'est que des patients comme Oliver, même à un stade précoce de l'insuffisance rénale, présentent un risque accru d'insuffisance rénale plus avancée, ainsi qu'un risque accru de maladie cardiovasculaire.

Pour aider les patients comme Oliver, il faut commencer par les dépister de manière appropriée, en mesurant le DFGe, mais aussi en recherchant une protéinurie. Si l'une de ces anomalies est détectée, nous disposons aujourd'hui d'interventions qui permettent de réduire considérablement le risque pour le patient et, surtout, de médicaments, comme les inhibiteurs de SGLT2, qui réduisent le risque rénal, ainsi que le risque cardiovasculaire. Il y a actuellement de nouvelles recommandations qui intègrent ces nouveaux produits et que nous devons utiliser pour guider notre pratique.

Je tiens à remercier mes confrères d'avoir participé à cette activité pédagogique. J'espère que vous avez apprécié cette discussion et que vous comprenez mieux l'importance de détecter précocement une IRC, pas seulement chez les patients diabétiques, ainsi que les bénéfices et l'utilisation pratique des traitements de protection rénale dans la prise en charge de l'IRC. Merci.

Ce document est une transcription qui n'a pas été révisée.

Avis de non-responsabilité

Ce document n'est fourni qu'à titre pédagogique. La lecture du contenu de ce document ne permet pas d'obtenir de crédit de formation médicale continue (FMC). Pour participer à cette activité, consultez www.medscape.org/viewarticle/989288

Pour toute question sur le contenu de cette activité, contactez le prestataire responsable de cette activité éducative, à l'adresse CME@webmd.net.

Pour obtenir une assistance technique, envoyez un courrier électronique, à l'adresse CME@medscape.net.

L'activité pédagogique ci-dessus peut impliquer des scénarios simulant des cas. Les patients représentés dans ces scénarios sont fictifs, et aucune association avec un patient réel, vivant ou décédé, n'est voulue ni ne doit être présumée.

Le contenu présenté ici ne reflète pas forcément l'opinion de WebMD, LLC ou celle des personnes ou entités commerciales qui soutiennent les sociétés qui soutiennent les programmes pédagogiques sur medscape.org. Ces contenus peuvent inclure des discussions relatives à des produits thérapeutiques n'ayant pas reçu d'autorisation de l'Agence européenne des médicaments en vue d'une utilisation en Europe, à des utilisations hors AMM de produits autorisés ou à des données présentées sous forme de résumé. Ces données doivent être considérées comme préliminaires jusqu'à leur publication dans une revue à comité de lecture. Il est de la responsabilité des lecteurs de vérifier l'ensemble des informations et des données avant de traiter des patients ou d'utiliser des traitements décrits dans cette ou toute autre activité pédagogique. Avant la prise de tout produit thérapeutique mentionné, un professionnel de santé qualifié doit être consulté.