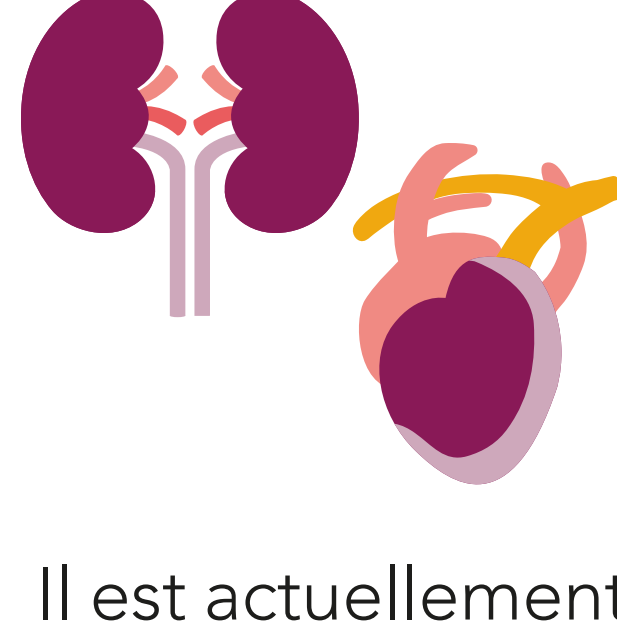


MALADIE RÉNALE CHRONIQUE : LA PROTECTION NÉPHRO-CARDIO-MÉTABOLIQUE À L'ÈRE DES ISGLT2



Les gliflozines ou inhibiteurs des SGLT2 (iSGLT2) ont été initialement développés dans l'objectif de contrôler la glycémie. Or, dans plusieurs essais, il s'est avéré que ces molécules entraînaient une réduction des événements cardiovasculaires, puis, dans des analyses secondaires de ces essais, que l'inhibition des SGLT2 pourrait également avoir des effets bénéfiques en termes de néphroprotection.

Il est actuellement prouvé que chez les patients diabétiques, l'usage des gliflozines présente un triple bénéfice sur l'équilibre glycémique, sur le risque d'évolution vers l'insuffisance rénale terminale et sur le risque cardiovasculaire. C'est pourquoi, les dernières recommandations placent les gliflozines en première ligne de traitement chez les patients diabétiques atteints d'insuffisance rénale chronique.

Et, dernièrement, certaines études confirment que les effets néphroprotecteurs et le bénéfice cardiovasculaire des iSGLT2 s'étendent à une population plus large de patients.



LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE (MRC)

EN CHIFFRES ⁽¹⁻⁶⁾

 Elle concerne 7 millions de personnes dans le monde	Diminution de l'espérance de vie de 16 ans 	Prévalence du diabète : 564 MILLIONS AUJOURD'HUI 853 MILLIONS ESTIMÉS EN 2050
--	--	---

Méconnaissance élevée de la MRC, particulièrement aux stades précoces (1 et 2) :

70 % à 90 %

Moindre, mais significative aux stades tardifs (3 et 4) :

30 % à 60 %



x3  le risque de mortalité par rapport aux patients sans atteinte rénale



Environ 30 % à 40 % des patients **diabétiques** développent une MRC

DIAGNOSTIC DE LA MRC ⁽⁷⁾

Le diagnostic de la MRC repose sur deux examens :



EXAMEN SANGUIN :

le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) selon la formule CKD-EPI.







EXAMEN URINAIRE :

le rapport albuminurie/créatininurie (RAC).

Les valeurs qui doivent alerter : Un DFGe < 60 ml/min ET/OU un RAC > 30 mg/g.

Dans tous les cas, il faut initier un traitement après avoir fait un bilan cardiovasculaire et métabolique (interrogatoire, bilan sanguin, tension artérielle...) (voir tableau ci-dessous).

ADA-KDIGO				ALBUMINURIE		
L'IRC est classée en fonction de : • Cause (C) • DFG (G) • Albuminurie (A)				A1 : Normalement à légèrement augmentée	A2 : Modérément augmentée	A3 : Sévèrement augmentée
				<30 mg/g ou <3 mg/mmol	<30-299 mg/g ou 3-29 mg/mmol	≥300 mg/g ou ≥30 mg/mmol
DFGE (ML/MIN/1,73 M ²)	G1	Normal ou élevé	≥90	Surveiller 1 fois/an	Traiter 1 fois/an	Traiter / adresser 3 fois/an
	G2	Légèrement diminué	60-89	Surveiller 1 fois/an	Traiter 1 fois/an	Traiter / adresser 3 fois/an
	G3A	Légèrement à modérément diminué	45-59	Traiter 1 fois/an	Traiter 2 fois/an	Traiter / adresser 3 fois/an
	G3B	Modérément à sévèrement diminué	30-44	Traiter 2 fois/an	Traiter / adresser 3 fois/an	Traiter / adresser 3 fois/an
	G4	Sévèrement diminué	15-29	Traiter / adresser 3 fois/an	Traiter / adresser 4 fois/an et +	Traiter / adresser 4 fois/an et +
	G5	Insuffisance rénale terminale	<15	Traiter / adresser 4 fois/an et +	Traiter / adresser 4 fois/an et +	Traiter / adresser 4 fois/an et +
				 Risque faible	 Risque faible à modéré	 Risque élevé
				 Risque très élevé		

Deux remarques sur ces examens :



Le DFGe diminuant progressivement avec l'âge, une valeur inférieure à 60 ml/min à 65/70 ans n'est pas forcément alarmante.



Le **RAC** remplace la mesure du rapport protéinurie/créatininurie sur les urines des 24 heures et **peut être pratiqué sur un échantillon d'urine à n'importe quel moment de la journée.**

LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT DE LA MRC ⁽⁷⁾



Prendre en charge

la maladie à l'origine de l'insuffisance rénale.



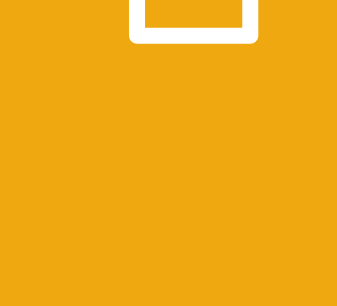
Ralentir l'évolution

vers l'insuffisance rénale terminale en protégeant les reins.



Prévenir et prendre en charge

le risque cardiovasculaire, traiter les maladies cardiovasculaires éventuellement associées (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire...).



Prévenir et réduire

les symptômes et les complications de la MRC pour maintenir la meilleure qualité de vie possible.



Suppléer la fonction rénale

(dialyse et greffe de reins) lorsque le stade d'insuffisance rénale terminale est atteint.

UNE PRISE EN CHARGE COMPORTANT PLUSIEURS AXES THÉRAPEUTIQUES ⁽⁷⁾

1

Adaptation des mesures hygiéno-diététiques

Dans tous les cas, mettre en place les mesures hygiéno-diététiques avec, notamment :

- La lutte contre la sédentarité par des activités physiques adaptées.
- La lutte contre la dépendance tabagique (facteur de risque cardiovasculaire et de dégradation de la fonction rénale).
- La mise en place de conseils diététiques, notamment la limitation des apports sodés maximum de 6 à 8 g/j, pour arriver à 5 g/j.



Contrôle de la pression artérielle et de l'albuminurie

Les cibles tensionnelles proposées sont adaptées selon la présence de diabète, d'albuminurie ou selon l'âge.

2

La plupart des recommandations s'accordent sur des valeurs inférieures à 130/80 mm Hg, avec un objectif idéal autour de 120/70 mm Hg à ne pas dépasser.

ÉTAPE 1

la bithérapie

Prescription impérative d'un bloqueur du système rénine-angiotensine (IEC ou ARA2) + un inhibiteur calcique (IC) OU un diurétique, de préférence thiazidique : IEC ou ARA2 + IC ou IEC ou ARA2 + diurétique.

Augmenter les posologies aux doses maximales tolérées, jusqu'à l'obtention d'un bon contrôle tensionnel : évaluer l'observance médicamenteuse et éviter l'inertie thérapeutique.

ÉTAPE 2

la trithérapie

Si bonne observance et objectif tensionnel non atteint : passage à la trithérapie : IEC ou ARA2 + IC + diurétique.

Privilégier les associations fixes pour améliorer l'observance.



3

Prévention néphro-cardio-métabolique : les iSGLT2

Il est possible de prescrire un iSGLT2 dans tous les cas, dès lors que le DFGe est supérieur ou égal à 20 ml/min ou 25 ml/min (selon la molécule utilisée, voir RCP) et qu'un inhibiteur du système rénine-angiotensine (iSRA) a été prescrit.

Les iSGLT2 ont, en effet, prouvé leur **action néphroprotectrice** (diminution de l'albuminurie) que le patient soit diabétique ou non. Avec les iSGLT2, la réduction du déclin de la filtration glomérulaire est de l'ordre de 30 % à 40 % en plus de ce qui est observé avec les iSRA.



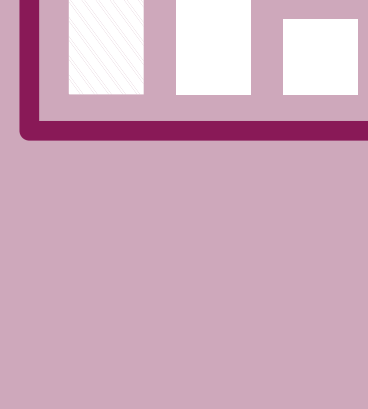
Dans la MRC, les iSGLT2 entraînent une réduction de l'ordre de 30 % de la progression de la maladie, chez les patients diabétiques ou non, avec une insuffisance rénale modérée à sévère, avec une albuminurie normale ou élevée (études CREDENCE, DECLARE et EMPA-KIDNEY).



Du fait de la **protection cardiovasculaire** qu'ils confèrent, ils sont également recommandés chez les patients avec insuffisance cardiaque ou chez les patients à très haut risque vasculaire, diabétiques ou non, quel que soit le niveau d'albuminurie.

De plus, les iSGLT2 sont **antihyperglycémiants** (leur indication première) et utilisés dans le diabète de type 2, avec efficacité.

Enfin, le **risque d'hyperkaliémie** lié aux traitements interférant avec le système rénine-angiotensine (IEC, ARA2) **pourrait être atténué** par la prescription concomitante des iSGLT2, de ce qui est loin d'être négligeable, du fait que l'enjeu majeur est de ne pas arrêter le traitement par inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (iSRAA), ces médicaments ralentissant l'évolution de la MRC et diminuant la morbi-mortalité cardiovasculaire.



BIBLIOGRAPHIE

1. Francis A, Harhay MN, Ong ACM et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. Nat Rev Nephrol. 2024;20(7):473-85.
2. International Diabetes Federation (IDF). L'OMS adopte la première résolution mondiale sur la santé mentale [en ligne]. [Consulté le 20/10/2025]. Disponible à l'adresse : <https://idf.org/fr/news/who-adopts-first-global-resolution-on-kidney-health/>
3. International Diabetes Federation (IDF). The Diabetes Atlas [en ligne]. [Consulté le 20/10/2025]. Disponible à l'adresse : <https://diabetesatlas.org/>
4. Stolpe S, Kowall B, Scholz C, Stang A, Blume C. High unawareness of chronic kidney disease in Germany. Int Environ Res Public Health. 2021;18(22):11752.
5. Li C, Wen XJ, Pavkov ME et al. Awareness of kidney disease among US adults: findings from the 2011 behavioral risk factor surveillance system. Am J Nephrol. 2014;39(4):306-13.
6. Plantinga LC, Boulware LE, Coresh J et al. Patient awareness of chronic kidney disease. Arch Intern Med. 2008;168(20):2268-75.
7. Haute Autorité de santé (HAS). Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC) [en ligne]. [Consulté le 20/10/2025]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_mrc.pdf
8. de Boer IH, Khunti K, Sadusky T et al. Diabetes management in chronic kidney disease: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Diabetes Care. 2022;45(12):3075-90.
9. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease [en ligne]. [Consulté le 20/10/2025]. Disponible à l'adresse : https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2024_kdigo_guidelines_mrc.pdf