

Thérapies néphroprotectrices; encore de nombreuses zones grises en 2025

La néphropathie non-diabétique

Par David Philibert MD

Le 4 octobre 2025

V1

Un patient âgé de 46 ans a souffert d'une néphropathie de reflux par anomalies des valves urétrales, et présente le dossier clinique suivant :

IMC	31 kg/m ²
Tabagisme	NIL
Antécédents personnels d'événements cardio ou cérébro-vasculaires	AUCUN
TA (auto-prise à domicile selon HTA Canada)	127/80mm
DFGe	65 ml/min/1,73m ²
RACU	18 mg/mmol

Quel plan thérapeutique INITIAL vous semble approprié et efficace selon l'état des connaissances actuelles pour prévenir une perte significative de fonction rénale à long terme?

1. Diète <0,8 g/kg/jr protéines, <90mmoles/Na⁺/jour + TAS cible <120 mm.
2. Diète <0,8 g/kg/jr protéines, <90mmoles/Na⁺/jour + prise IECA ou BRA à la dose la plus élevée possible tolérée même si TAS cible atteinte.
3. En plus de la diète rénale, viser TAS <130 mm + une utilisation d'agent IECA ou BRA.
4. En plus de la diète rénale, viser TAS <120 mm + utilisation IECA ou BRA aux doses maximales tolérées.
5. En plus de la diète rénale, viser TAS <120 mm + utilisation IECA ou BRA aux doses maximales tolérées + baisse RACU à 30%

KDIGO 2024: apports protéiques

- Recommandation 3.3.1.1: Suggestion de maintenir un apport protéique de 0,8 g/kg/d chez l'adulte avec IRC G3 à G5 (2C)
 - Garder l'apport protéique des insuffisants rénaux dans une fourchette normale comparable à la population générale
 - Point de pratique 3.3.1.1: éviter les apports protéiques élevés (>1,3 g/kg/d) chez les patients souffrant d'IRC à risque de progression.
 - Point de pratique 3.3.1.5: chez les personnes âgées avec fragilité ou sarcopénie, considérer des cibles protéiques et caloriques plus élevées
- Pas de preuve à l'effet qu'une diète faible en protéines (0,4-0,6 g/kg/d) ralentit la progression chez les IRC de stade 3

Étude MDRD (NEJM 1994)
585 patients non-diabétiques
DFGe < 55

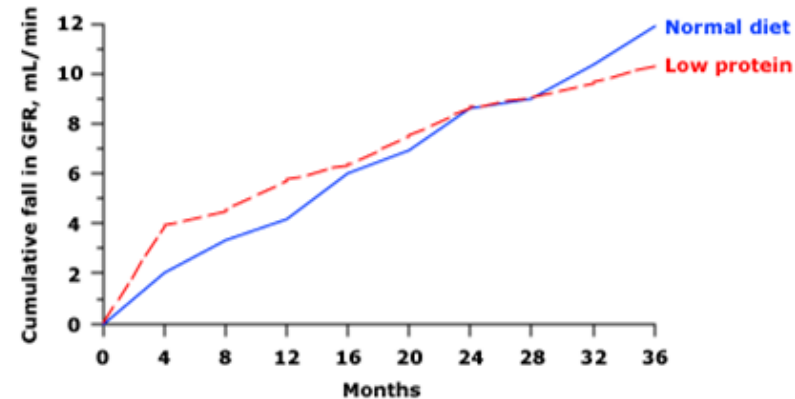
1,11 VS 0,77 g/kg/d

Peu de différence entre les deux
groupes

Nombreuses sous-études...
Différence absolue de 1.1 mL/min/an

Avant la période iECA/ARA/iSGLT2

Graph showing effect of dietary protein restriction on progression of nondiabetic chronic kidney disease



Cumulative fall in GFR over three years in patients with nondiabetic chronic renal failure (mean baseline GFR 39 mL/min) receiving a normal (solid line) and low protein (dashed line) diet. Protein restriction had little or no overall beneficial effect. There was a trend toward more rapid loss of GFR in the first four months followed by a modest slowing of progression during the last 32 months.

GFR: glomerular filtration rate.

Data from Klahr S, Levey AS, Beck GJ, et al. The effects of dietary protein restriction and blood-pressure control on the progression of chronic renal disease. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *N Engl J Med* 1994; 330:877.

UpToDate®

Apports protéiques et progression IRC

2255 patients post-infarctus
60-80 ans, 80% hommes

Ceux qui avaient apports **< 0,8**
g/kg/d avaient une progression
moitié moins rapide que ceux avec
apports **≥ 1,2** g/kg/d:

Déclin annuel: **-0,84** ml/min/1,73m²
VS **-1,60** ml/min/1,73 m²

KDIGO 2024: apport sodé

- Recommandation 3.3.2.1: suggestion de garder les apports de sodium à moins de 2g (90 mmol) par jour ou moins de 5 g de sel chez les patients avec IRC (2C)
 - Apport moyen de la population : 4310 mg/d !
 - Recommandation inférée à partir de l'effet sur la pression et le risque cardiovasculaire dans la population générale
 - Pas d'étude spécifique sur la progression de l'IRC

KDIGO 2024: cible tensionnelle

- Recommandation 3.4.1: suggestion que les adultes hypertendus avec IRC soient traités avec une cible de PA systolique < 120 mmHg lorsque tolérée, en utilisant une mesure au bureau standardisée (2B)
- Point de pratique 3.4.1: considérer une cible moins intense chez les patients avec fragilité, à risque de chute/fractures ou de l'hypotension orthostatique

Cible tensionnelle

- Une maîtrise tensionnelle plus agressive diminue le risque d'IRCT chez les patients albuminuriques, mais pas chez les non-albuminuriques
- Une maîtrise tensionnelle plus agressive peut améliorer le pronostic cardio-vasculaire indépendamment de la protéinurie

Méta-analyse

11 études, 1860 patients

PAs < 130 associée à un **meilleur**
pronostic rénal **si Uprot ≥ 1 g/d**

SPRINT CKD

2646 patients

DFGe moyen 48 ml/min/1,73 m²

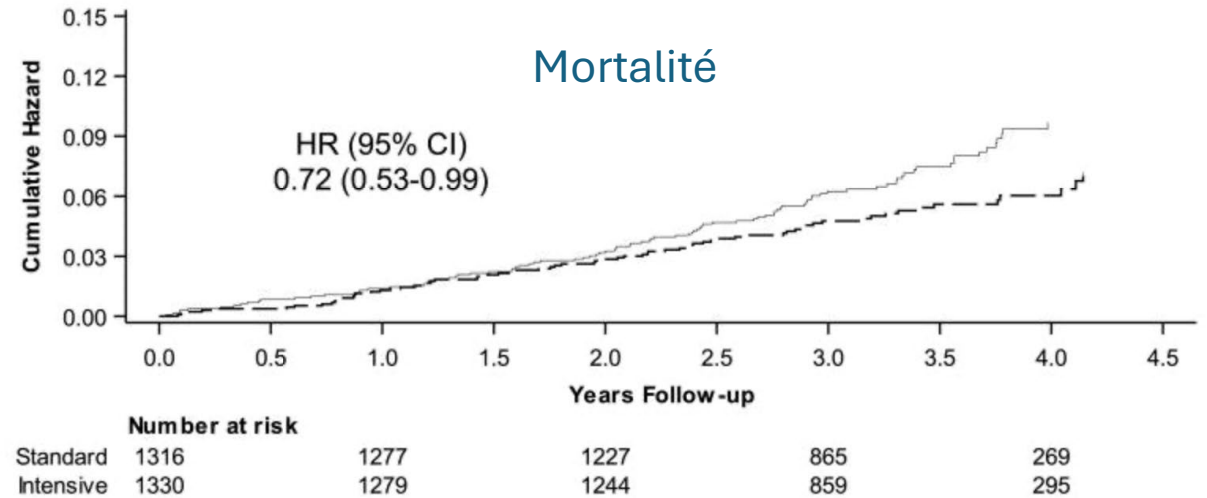
Bénéfice PAs 120 VS 140 sur événements cardiovasculaires

Pas de différence dans l'incidence d'IRCT ou de déclin de 50% du DFGe

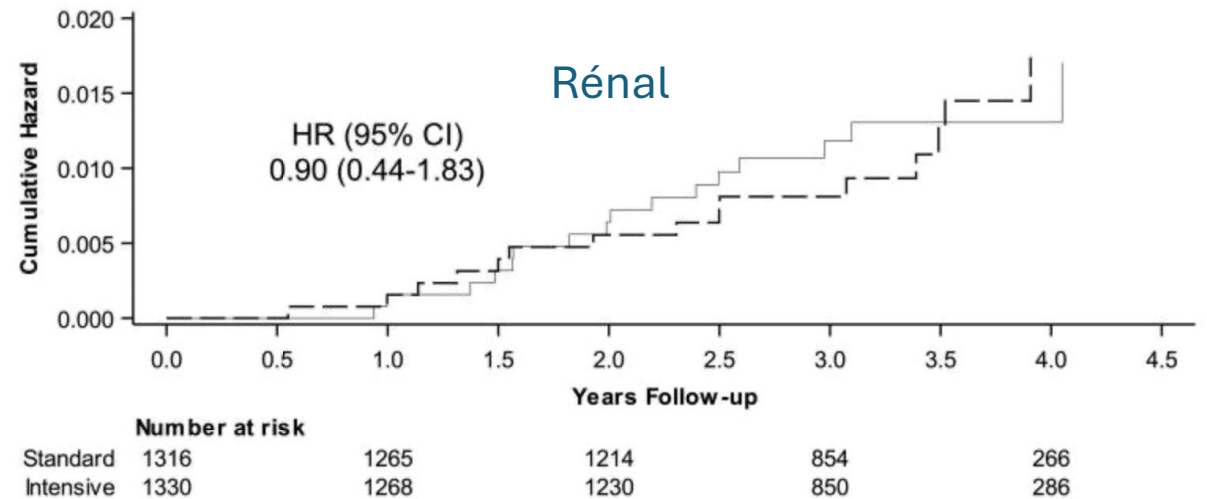
Se souvenir des limites:

- âge plus de 50 ans
- mesure très stricte de la PA
- au prix de plus d'hypotension, syncope, IRA
- Uprot > 1 g/d exclus
- DFGe < 20 ml/min/1,73 m²

B



C



KDIGO 2024: inhibition système rénine-angiotensine

- Recommandation 3.6.1: recommandé de commencer un inhibiteur du SRA pour les patients IRC avec albuminurie sévèrement augmentée (G1-G4, A3) *Grade 1B*
- Recommandation 3.6.2: suggéré de commencer inhibiteur SRA pour les patients avec IRC et albuminurie modérément augmentée (G1-G4, A2) *Grade 2C*

Étude REIN

Ramipril VS Placebo pour viser TAd < 90
Créatinine moyenne 212 $\mu\text{mol/l}$

Protéinurie moyenne 5.3 g/d

- Strate 1: 1-2.9 g/d
- Strate 2: > 3g/d

IRCT 19 VS 35%

Terminée prématurément dans groupe >3g/d

- 0,53 Vs 0,88 ml/min/mois de déclin DFG

Méta-analyse sur l'effet des iECA

1860 patients

Diminution risque progression vers
IRCT 7,4 VS 11,6 % (RR 0,69)

Pas de bénéfice clair si Uprot <0,5 g/d

Thérapies néphroprotectrices; encore de nombreuses zones grises en 2025

La néphropathie **diabétique**

Par François Madore MD

Le 4 octobre 2025

Divulcation de l'enseignant / du présentateur

Présentateur : François Madore

Liens avec des commanditaires:

- Subventions / soutien à la recherche : Astra-Zeneca, Bayer, Boehringer-Ingelheim, Janssen
- Comités aviseurs / honoraires : Astra-Zeneca, Bayer, Janssen
- Brevet: : Nil
- Autres : Nil

Un patient aussi, âgé de 46 ans, souffre d'une IRC liée au diabète de type II :

IMC	34 kg/m ²
Tabagisme	20 paquets-années
ATCD d'événements cardio ou cérébro-vasculaires	AUCUN
TA (auto-prise à domicile selon HTA Canada)	127/78mm
DFGe	62 ml/min/1,73m ²
RACU	12 mg/mmol

Quel plan thérapeutique INITIAL vous semble approprié et efficace selon l'état des connaissances actuelles pour prévenir une perte significative de fonction rénale à long terme?

1. Diète <0,8 g/kg/jr protéines, <90mmoles/Na⁺/jour, TAS cible <120 mm avec utilisation IECA ou BRA à doses OPTIMALE.
2. Diète <0,8 g/kg/jr protéines, <90mmoles/Na⁺/jour + TAS cible <**130/80** mm avec utilisation IECA ou BRA à doses MAXIMALES.
3. En plus de la diète rénale, viser TAS <120/80 mm avec une utilisation d'agent IECA ou BRA à doses MAXIMALES + obtention baisse du RACU >30%.
4. En plus de la diète rénale, viser TAS <**130/80** mm avec utilisation IECA ou BRA à doses MAXIMALES + obtention baisse du RACU >30%
5. En plus de la diète rénale, viser TAS <130/80 mm avec doses OPTIMALES de Rx IECA ou BRA + viser RACU à <30 mg/mmol

Vignette #1 : Cible TA chez patients avec diabète

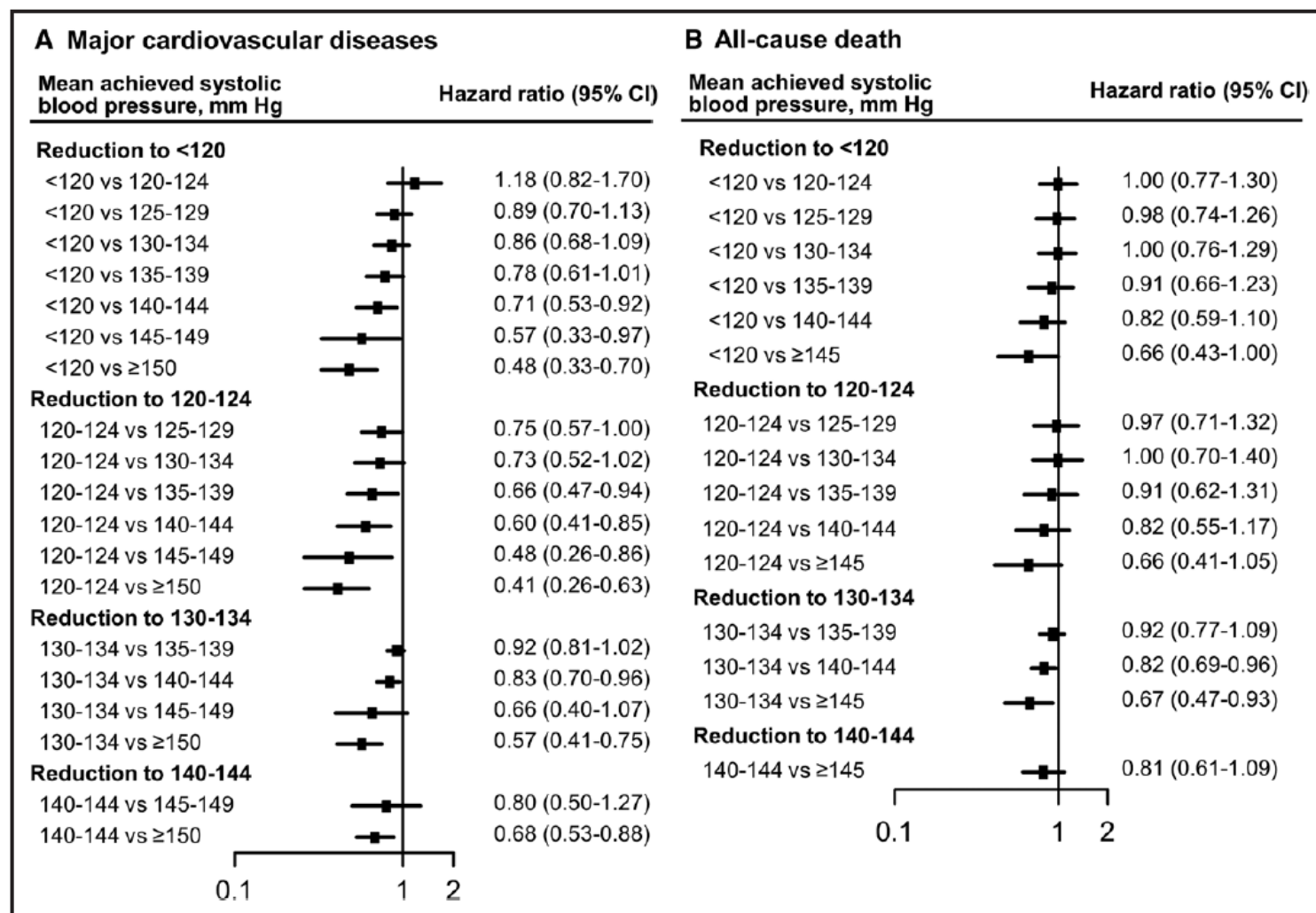
SOURCE	CIBLE TA
USA (ACC / AHA)	< 130/80
USA (ADA)	< 140/90 < 130/80 si risque CV ↑
Europe (ESC)	< 130/80
Australie (NHFA)	< 120/80
Japon (JSH)	< 130/80
KDIGO - 2024	< 120/80
Hypertension Canada (2025)	< 130/80



Méthode de
mesure de la TA

ACC/AHA : American College of Cardiology / American Heart Association
ADA : American Diabetes Association
ESC : European Society of Cardiology
NHSFA: National Heart Foundation of Canada
JSH : Japanese Society of Hypertension

Vignette #1 : Cible TA chez patients avec diabète



Vignette #1 : Cible TA chez patients avec diabète

Table 2. Primary Outcome and Main Secondary Outcomes.*						
Outcome	Intensive Treatment (N = 6414)		Standard Treatment (N = 6407)		Hazard Ratio (95% CI)†	P Value‡
	No. of Events	Incidence Rate	No. of Events	Incidence Rate		
		<i>no. of events/100 person-yr</i>		<i>no. of events/100 person-yr</i>		
Primary outcome: nonfatal stroke, nonfatal MI, treatment or hospitalization for heart failure, or death from cardiovascular causes	393	1.65 (1.50–1.82)	492	2.09 (1.91–2.28)	0.79 (0.69–0.90)	<0.001
Secondary outcomes						
Fatal or nonfatal MI	68	0.28 (0.22–0.35)	81	0.33 (0.27–0.41)	0.84 (0.60–1.16)	—
Fatal or nonfatal stroke	284	1.19 (1.06–1.33)	356	1.50 (1.35–1.66)	0.79 (0.67–0.92)	—
Treatment or hospitalization for heart failure	31	0.13 (0.09–0.18)	46	0.19 (0.14–0.25)	0.66 (0.41–1.04)	—
Death from cardiovascular causes	60	0.24 (0.19–0.31)	79	0.32 (0.26–0.40)	0.76 (0.55–1.06)	—
Death from any cause	169	0.69 (0.59–0.80)	179	0.73 (0.63–0.84)	0.95 (0.77–1.17)	—
Primary-outcome event or death from any cause	493	2.07 (1.90–2.26)	584	2.48 (2.28–2.69)	0.83 (0.74–0.94)	—
CKD outcomes						
CKD progression	24	1.61 (1.08–2.41)	16	1.11 (0.68–1.80)	1.36 (0.71–2.59)	—
CKD development	232	1.14 (1.00–1.29)	214	1.05 (0.92–1.20)	1.11 (0.92–1.34)	—
Incident albuminuria	554	11.29 (10.39–12.27)	648	13.84 (12.81–14.95)	0.87 (0.77–0.97)	—

Vignette #1 : Cible HTA chez les patients avec diabète

Recommandations :

1. TA < **130/ 80** mmHg avec mesure TA habituelle au bureau
2. TA < **125/80** mmHg avec mesure de TA standardisée i.e. :
 - TA au bureau avec technique optimale
 - Bp Tru
 - MAPA
 - Mesure à domicile

Risque accru de : hypotension, syncope, chutes, fractures

Vignette #1 : Cible albuminurie (RACU) chez les patients avec diabète

Définition :

A1 : < 3 mg/mmol ou < 30 mg/g
A2 : 3-30 mg/mmol ou 30-300 mg/g
A3 : > 30 mg/mmol ou >300 mg/g

Recommandations :

1. American Diabetes Association (ADA) : **Viser réduction de 30%**

Méta-analyse de 41 études : réduction du RACU 30% associée à baisse de 30% du risque*

2. ADA-KDIGO : **Viser < 3 mg/mmol** si possible (chez patients avec RACU >3)

* *Lancet Diabetes Endocrinol 2019; 7: 128–39*

Vignette #1: Bénéfice de la majoration des doses IECA ou ARA

1. Bénéfice rénal au-delà de la maîtrise de la TA (chez patients avec RACU > 3)
(Étude IDNT / Étude RENAAL / Étude du “Captopril Collaborative Study Group”) *
2. Effet anti-protéinurique est dose-dépendant et les doses requises sont plus élevées que pour l'effet anti-hypertenseur **

Recommandations (KDIGO) :

Majorer IECA ou ARA à doses maximales tolérées
chez patients diabétiques avec HTA et/ou RACU >3

* Étude IDNT / Étude RENAAL / Étude du “Captopril Collaborative Study Group”

** *AJKD 2001;38:1381 et Diabetologica 2009; 52:46*

Un homme de 53 ans est atteint d'une glomérulonéphrite à IgA.

Pré thérapies, son dossier indiquait :

IMC	32 kg/m ²
TA	137/87 mm
DFGe	67 ml/min/1,73m ²
RACU	68 mg/mmol
Antécédents personnels de maladie d'événements cardio ou cérébro-vasculaires OXFORD	M0 E0 S1 T0 C0

4 MOIS post-traitement avec IRBESARTAN à dose optimale de 300 mg/jour le matin et suite à l'introduction de la diète rénale néphroprotectrice, le dossier montre :

TA (selon la technique HTA Canada)	123/80mm
DFGe	54 ml/min/1,73m ²
RACU	27 mg/mmol

Allez-vous, pour optimiser la néphroprotection?

1. Faire un suivi régulier de la TA, du DFGe, du RACU?
2. Mesurer par des collectes urinaires la natriurèse, la protéinurie, la clairance de l'urée, en plus des facteurs énoncés dans l'énoncé 1, et effectuer des interventions nutritionnelles au besoin?
3. Ajouter un autre agent antihypertenseur?
4. Débuter un agent iSGLT2?
5. Suggérer la prise d'IRBESARTAN au coucher plutôt que le matin?

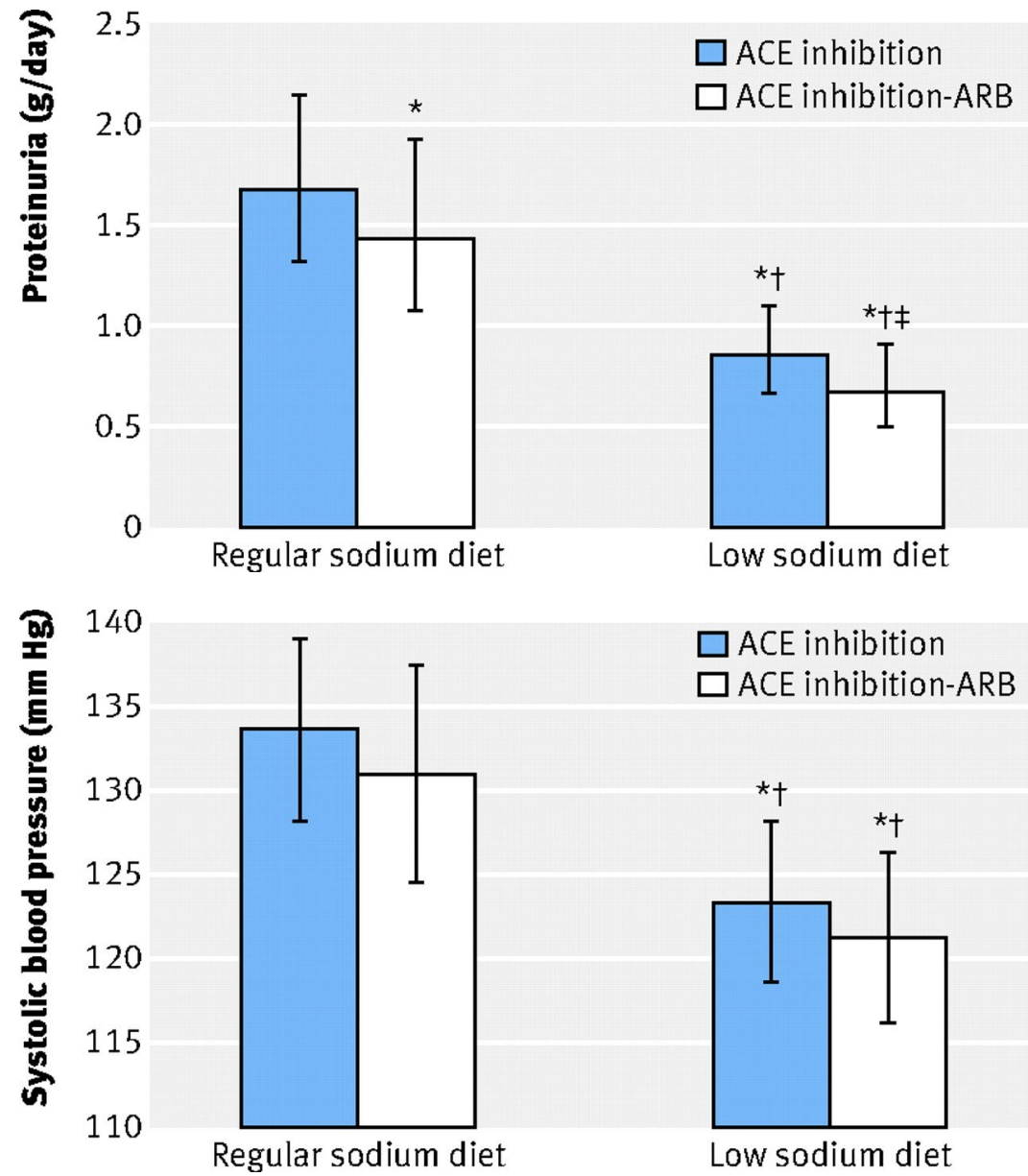
Étude HONEST

52 patients, chassé-croisé

Tous sous lisinopril

Avec ou sans restriction sodée et ajout d'ARA

Attention: l'association iECA/ARA n'est plus recommandée



KDIGO 2024: iSGLT2

- Recommandation 3.7.2: recommandation de traiter les adultes souffrant d'IRC avec un iSGLT2 si (Grade 1A):
 - DFG_e $\geq$ 20 ml/min/1,73 m² avec RACU $\geq$ 20 mg/mmol
 - Insuffisance cardiaque (sans égard à l'albuminurie)

DAPA-CKD : IgA

Groupe pré-spécifié de DAPA-CKD
270 patients avec néphropathie IgA

DFGe 25-75 ml/min/1,73 m²
RACU (22,6-465,6 mg/mmol)

Réduction RACU 26%

Pente de DFGe – 3,5 VS -4,7 ml/min/1,73m²

Hygia Chronotherapy Trial

19084 hypertendus avec ≥ 1 médicament

Randomisés 1:1 à les prendre le matin ou le soir

Diminution spectaculaire du risque
cardiovasculaire

Trop beau pour être vrai?

Timing of anti-hypertensive dosing and efficacy

Evening time dose

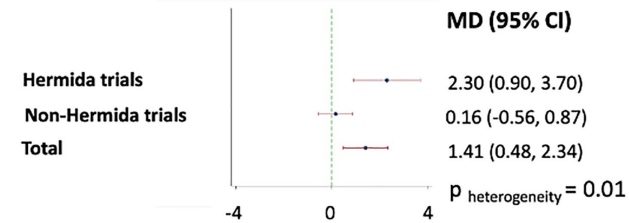


Day time dose

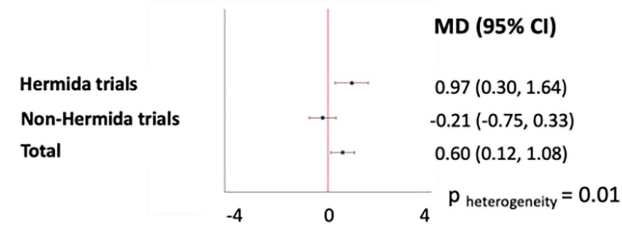


Seventy-two trials randomized patients with hypertension to evening versus morning dosing of anti-hypertensive drugs

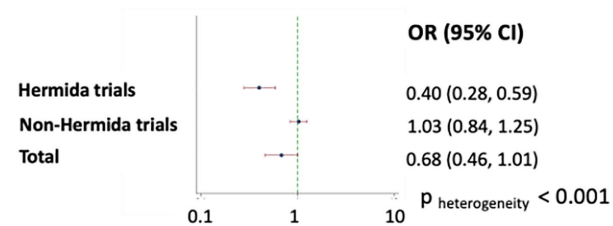
24/48-hour ambulatory SBP reduction (53 trials)



24/48-hour ambulatory DBP reduction (54 trials)



MACE (6 trials)



Evening dosing of anti-hypertensive drugs significantly reduce ambulatory BP and lowered cardiovascular outcomes but the effects were largely driven by trials by Hermida et al

Une femme de 57 ans, atteinte d'une néphropathie diabétique de type II, ex-fumeuse, hypertendue présente, AVANT la prise d'un agent iSGLT2, les caractéristiques cliniques suivantes :

IMC	30 kg/m ²
Tabagisme	Ex-fumeuse, 15 paquets-années
Antécédents d'événements cardio ou cérébro-vasculaires	Tuteurs coronariens x 2, posés à l'âge de 53 ans
TA	124/80 mm
DFGe	46 ml/min/1,73m ²
RACU	32 mg/mmol
HbA1c	6,9%

Thérapies en cours :

VALSARTAN	160 mg DIE
ASA	81 mg DIE
ROSUVASTATINE	20 mg DIE
METOPROLOL SR	100 mg DIE
METFORMINE	850mg BID

4 MOIS post ajout d'un agent iSGLT2 (EMPAGLIFLOZINE 10 mg DIE), voici d'autres résultats

TA (selon la technique HTA Canada)	122/76mm
DFGe	27 ml/min/1,73m ²
RACU	13 mg/mmol

Les mêmes valeurs de DFGe sont obtenues sur 2 contrôles subséquents. L'investigation (échographie rénale, doppler, autres résultats de laboratoire) confirme qu'il s'agit d'une néphropathie d'origine diabétique.

Qu'allez-vous faire ?

1. Maintenir le même régime thérapeutique et poursuivre des contrôles d'examens périodiques?
2. Diminuer les dosages de VALSARTAN, réévaluation des mesures du DFGe, et si amélioration, suivi clinique?
3. Cesser l'EMPAGLIFLOZINE, réévaluation des mesures de DFGe et si amélioration, suivi clinique?
4. Cesser l'EMPAGLIFLOZINE, réévaluation des mesures de DFGe et si amélioration, reprise de l'EMPAGLIFLOZINE, suivi clinique?
5. Cesser l'EMPAGLIFLOZINE + le VALSARTAN, réévaluation des mesures de DFGe et si amélioration, suivi clinique?

Vignette #2 : Impact de la baisse initiale de DFGe avec IECA ou ARA

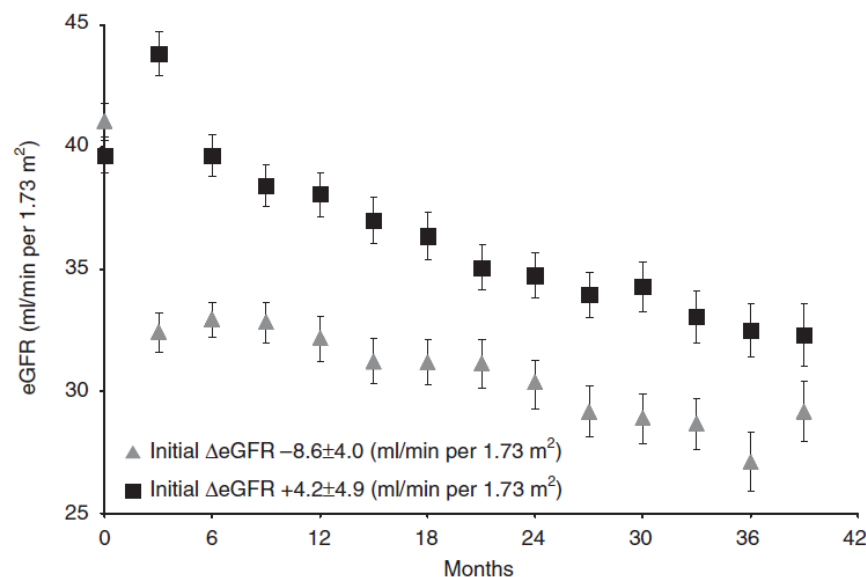


Figure 2 | Mean estimated glomerular filtration rate (eGFR) levels through 39 months in patients assigned to losartan therapy with a decline (-8.6 ± 4.0 ml/min per 1.73 m²) or rise in eGFR ($+4.2 \pm 4.9$ ml/min per 1.73 m²) from baseline to month 3.

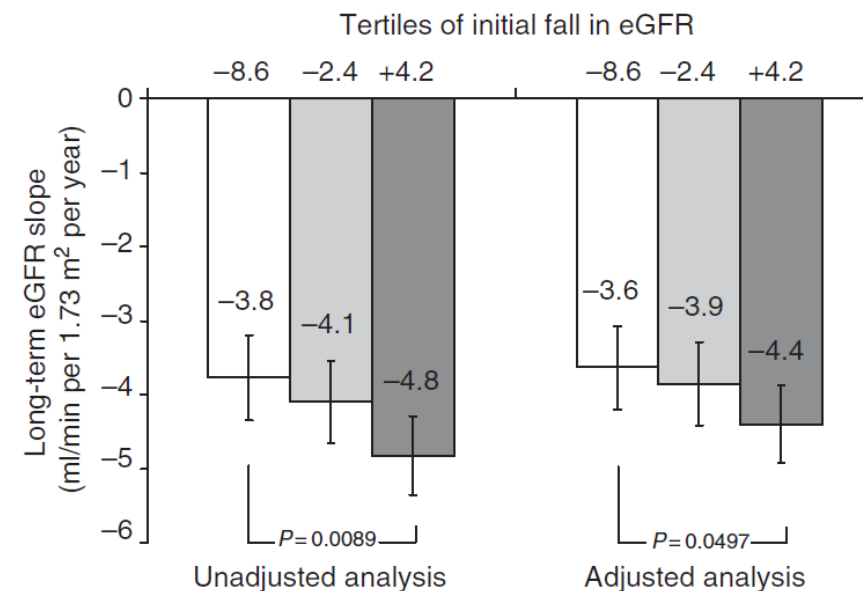
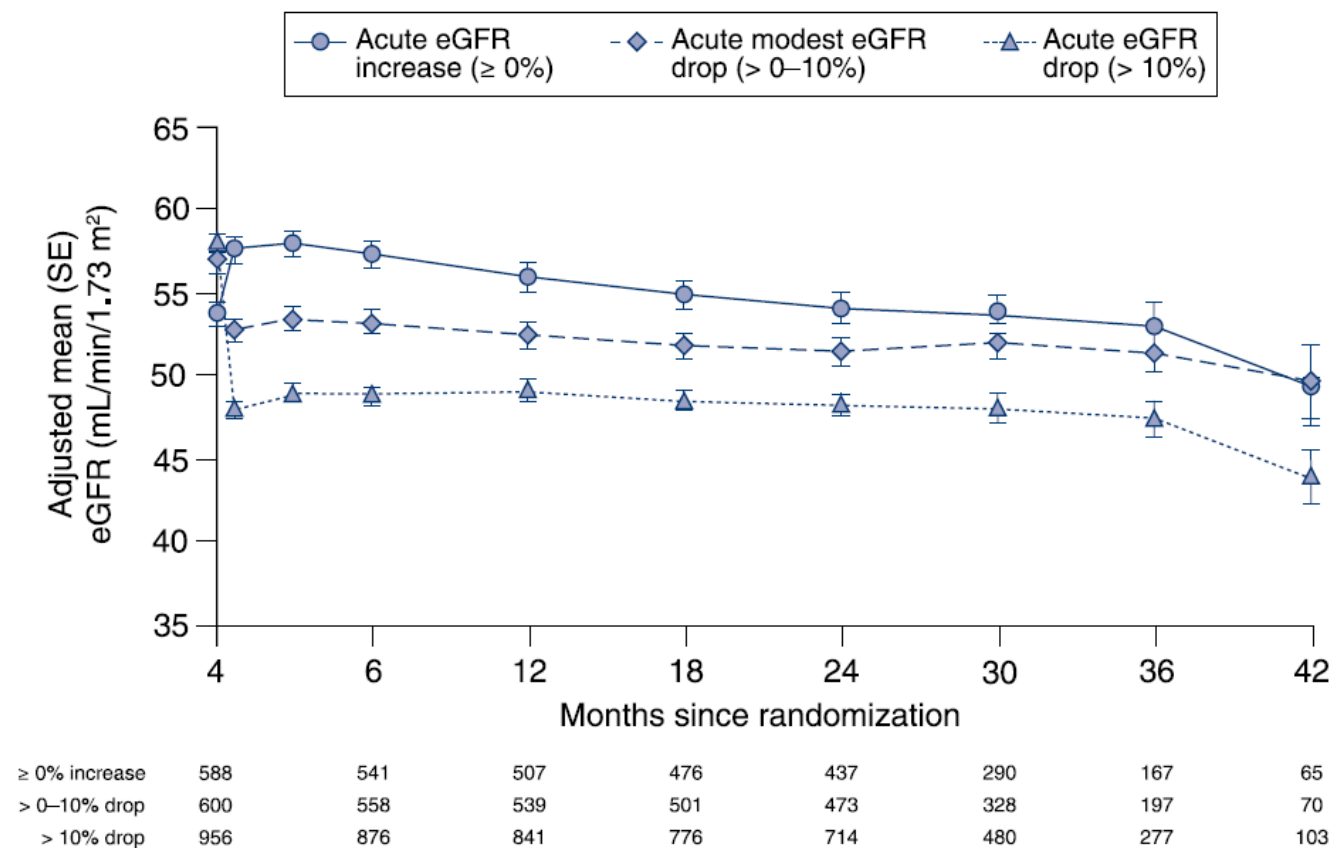


Figure 3 | Long-term estimated glomerular filtration rate (eGFR) slope stratified by acute fall in eGFR in losartan-assigned patients. Adjustment for covariates in the multivariable mixed effects model included gender, eGFR, diastolic blood pressure, hemoglobin, urinary albumin/creatinine ratio (UACR) and month 3 change in UACR. The numbers in each bar reflect the annual mean long-term eGFR slope.

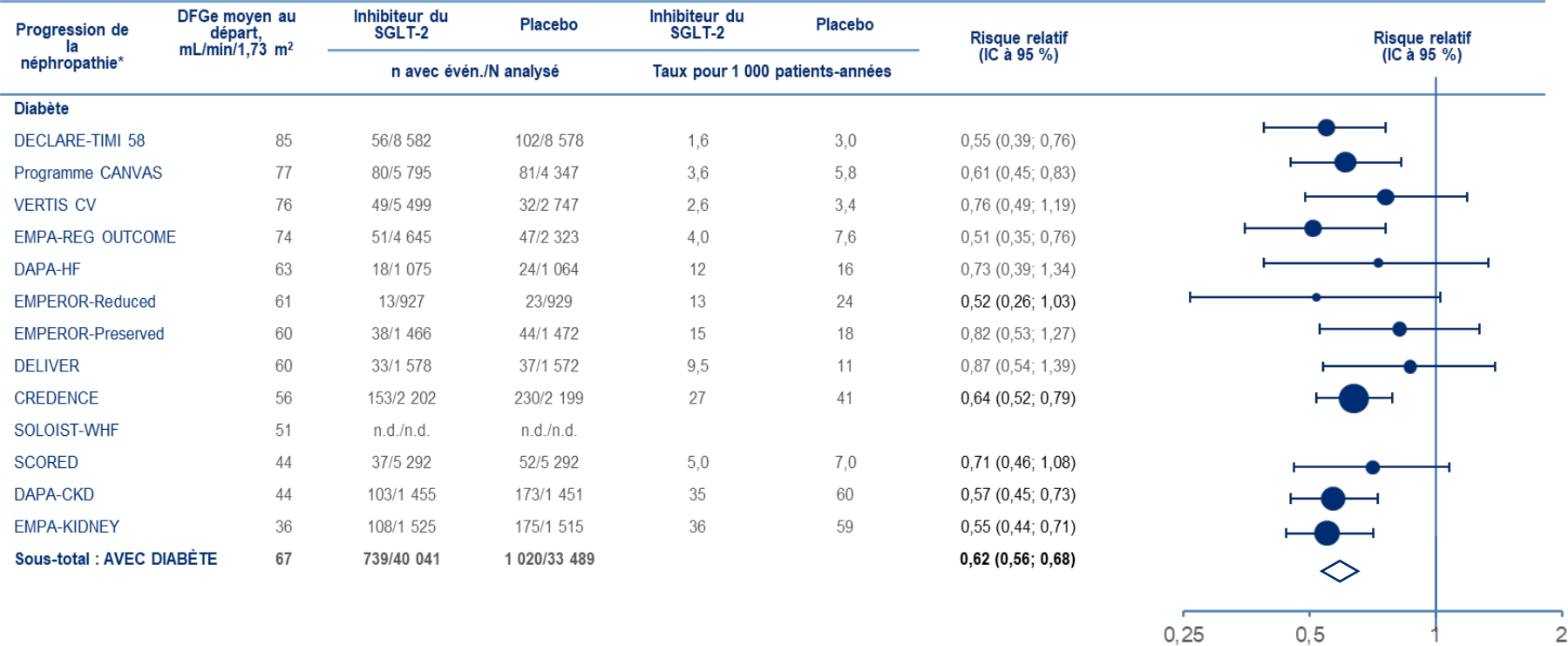
Vignette #2: Impact de la baisse initiale de DFGe avec iSGLT2

B CREDENCE

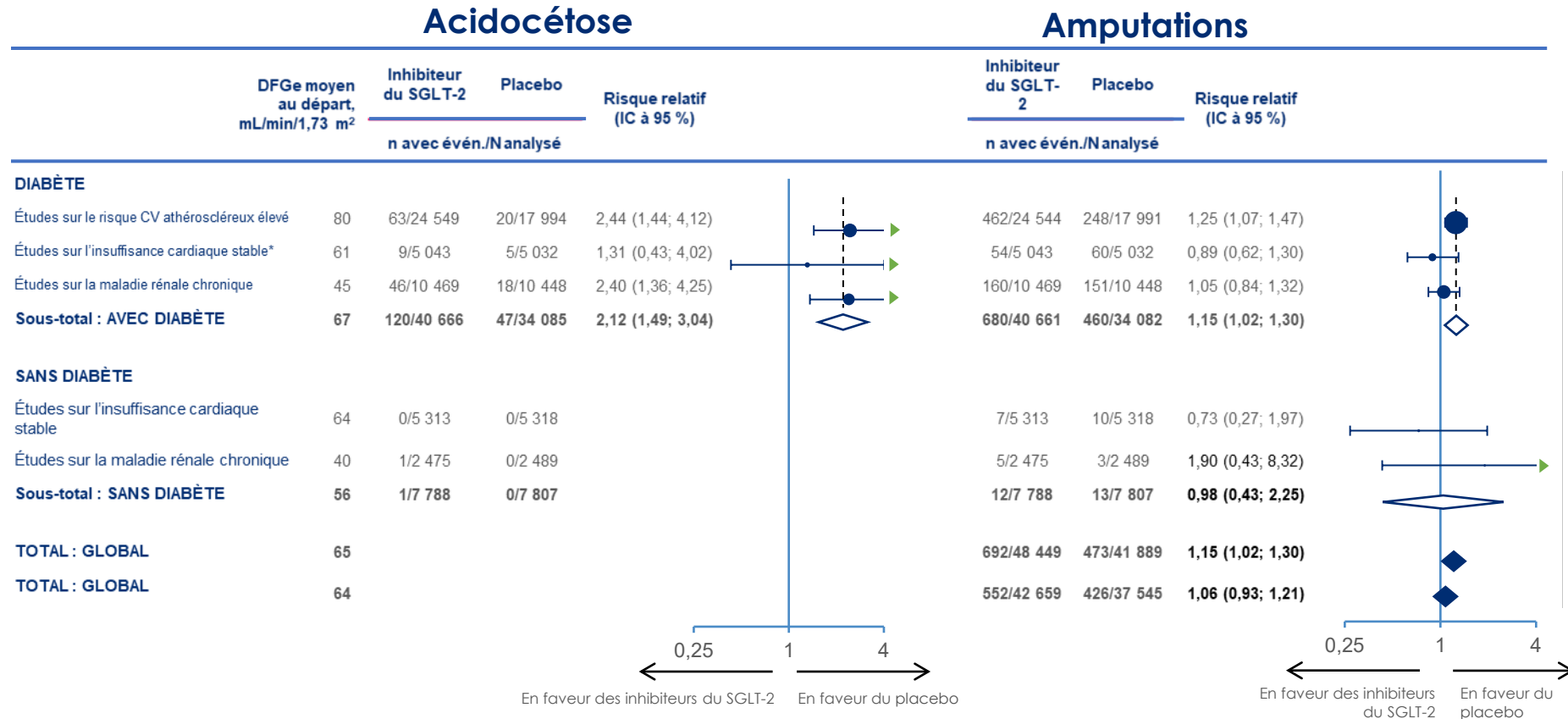


Baisse de **>30% chez 0.5%** des patients

Vignette #2 : Effet des iSGLT-2 sur la néphropathie diabétique



Vignette #2 : Risques des iSGLT-2 (acidocétose / amputations)



Lancet 2022; 400: 1788–801

Une femme de 49 ans souffre d'une IRC par glomérulosclérose focale démontrée par biopsie rénale, de forme non primaire, et sans cause claire à l'investigation ni mutation génétique démontrée.

Pré thérapies, le bilan démontre

IMC	27 kg/m ²
TA	117/80mm
DFGe	67 ml/min/1,73m ²
RACU	72 mg/mmol

Un essai d'IRBESARTAN 75 mg DIE entraîne des valeurs de TA de 110/75 mm.

La valeur de RACU demeure à 64 mg/mmol.

Qu'allez-vous faire?

1. Cesser l'IRBESARTAN si orthostatisme, sinon, maintenir la dose actuelle et réévaluer par des collectes urinaires la natriurèse des 24 heures, la clairance de l'urée et la protéinurie pour interventions nutritionnelles éventuelles?
2. Réévaluer la natriurèse, la protéinurie et la clairance de l'urée des 24 heures, initier un agent iSGLT2 au long cours, si toléré?
3. Réévaluer la natriurèse, la protéinurie et la clairance de l'urée des 24 heures, initier un agent iSGLT2, et si toléré, à poursuivre seulement si baisse du RACU >30% après 6 mois?
4. Tenter de majorer les doses d'IRBESARTAN et tolérer des valeurs de TA plus basses?
5. Cesser l'IRBESARTAN et réévaluation de la natriurèse, de la protéinurie et de l'urée sur des collectes urinaires des 24 heures pour interventions nutritionnelles éventuelles?

Existe-t-il une cible d'albuminurie à viser?

- Aucune étude n'a comparé différentes cibles d'albuminurie spécifiquement.
- KDIGO 3.6.1: les iECA/ARA devraient être donnés aux doses maximales tolérées parce que les bénéfices démontrés ont été obtenus en utilisant ces doses

Lien entre la diminution d'albuminurie et la pente de DFGe

Point pré-spécifié de DAPA-CKD

On trouvait la même association, mais plus faible dans le groupe placebo

L'effet sur l'albuminurie était plus fort chez les diabétiques que les non diabétiques

L'albuminurie de départ était quand même haute (480 mg/g dans le groupe < 1000 mg/g)

L'albuminurie résiduelle influence le pronostic dans DAPA-CKD

Un homme de 67 ans est atteint de néphropathie diabétique et présente AVANT la prise d'un agent iSGLT2, les caractéristiques cliniques suivantes :

IMC	33 kg/m ²
Tabagisme	Fumeur actif; 20 paquet-années
Antécédents d'événements cardio ou cérébro-vasculaires	AUCUN
TA	136/84 mm
DFGe	46 ml/min/1,73m ²
RACU	42 mg/mmol
HbA1c	7,0%

Thérapies en cours :

IRBESARTAN	300 mg DIE
ASA	81 mg DIE
ATORVASTATINE	40 mg DIE
AMLODIPINE	10 mg DIE
INDAPAMIDE	2,5 mg DIE
METFORMINE	500 mg BID

4 MOIS suite à l'ajout de DAPAGLIFLOZINE 10 mg DIE, le bilan clinique est :

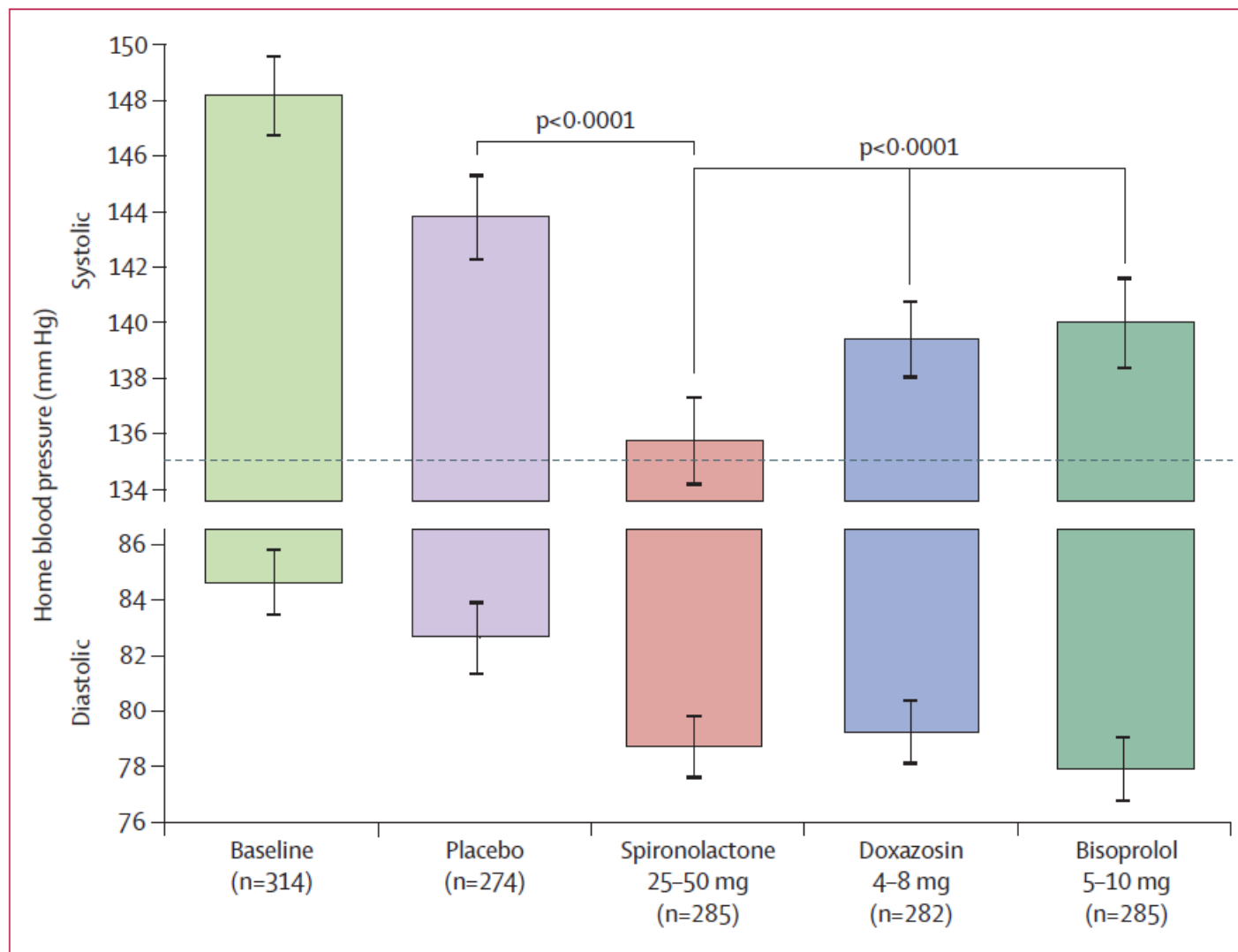
TA	135/84 mm
DFGe	36 ml/min/1,73m ²
RACU	18 mg/mmol
K ⁺	4,4 mmol/L

Le bilan pour des causes secondaires autres d'hypertension que le diabète et ses conséquences est négatif.

Qu'allez-vous faire?

1. Maintenir le même régime thérapeutique et poursuivre des contrôles d'examens périodiques?
2. Ajouter un autre agent antihypertenseur, SPIRONOLACTONE 12,5 mg DIE?
3. Ajouter de la FINERENONE progressivement jusqu'à des doses de 20 mg DIE, et tolérer une baisse du DFGe jusqu'à 25 ml/min/1,73m²?
4. Ajouter un autre agent antihypertenseur, DOXAZOSIN, 2 mg DIE?
5. Débuter un agoniste GLP1?

Vignette #3 : Bénéfices associés à la spironolactone



Étude PATHWAY: *Lancet* 2015; 386: 2059–68

Vignette #3 : Bénéfices associés à la spironolactone

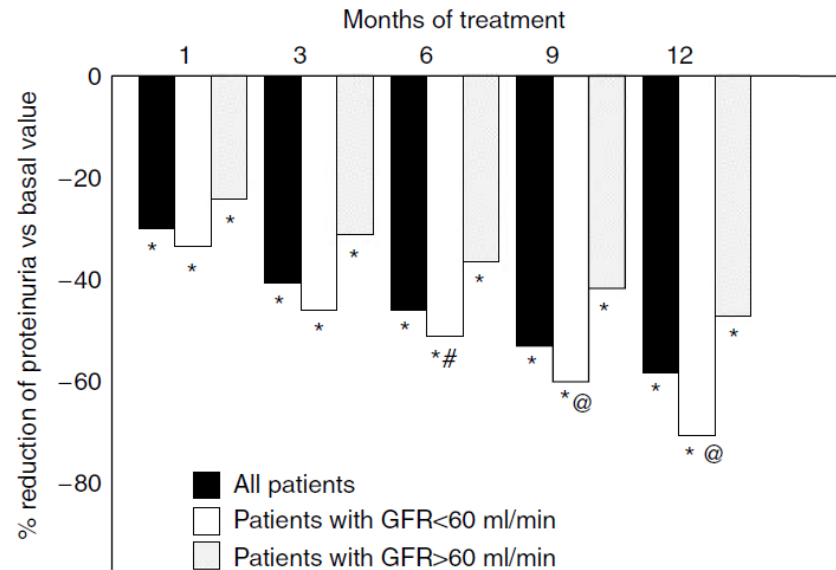


Figure 1 | This slide shows the percent reduction of proteinuria from baseline in patients treated with spironolactone (25 mg/day) in addition to conventional therapy divided on the basis of their eGFR (< or > 60 ml/min/1.73 m²). * $P < 0.001$ vs basal proteinuria; # $P < 0.05$ vs patients with eGFR < 60 ml/min; @ $P < 0.01$ vs patients with eGFR < 60 ml/min.

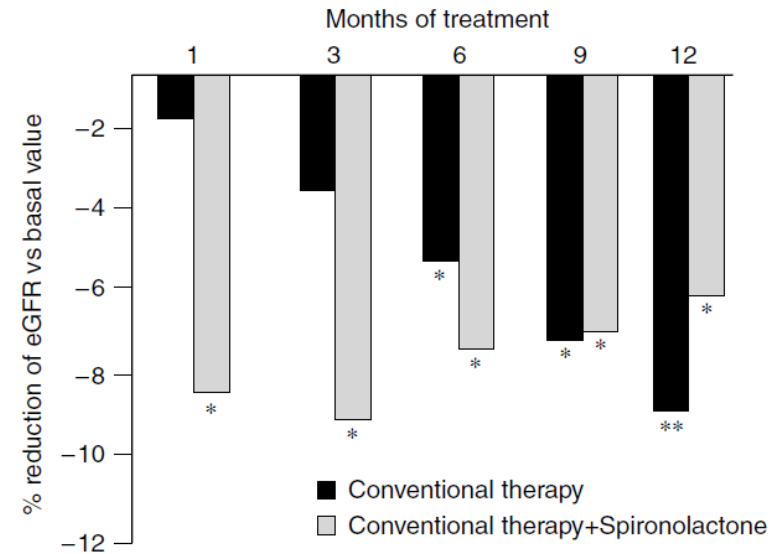
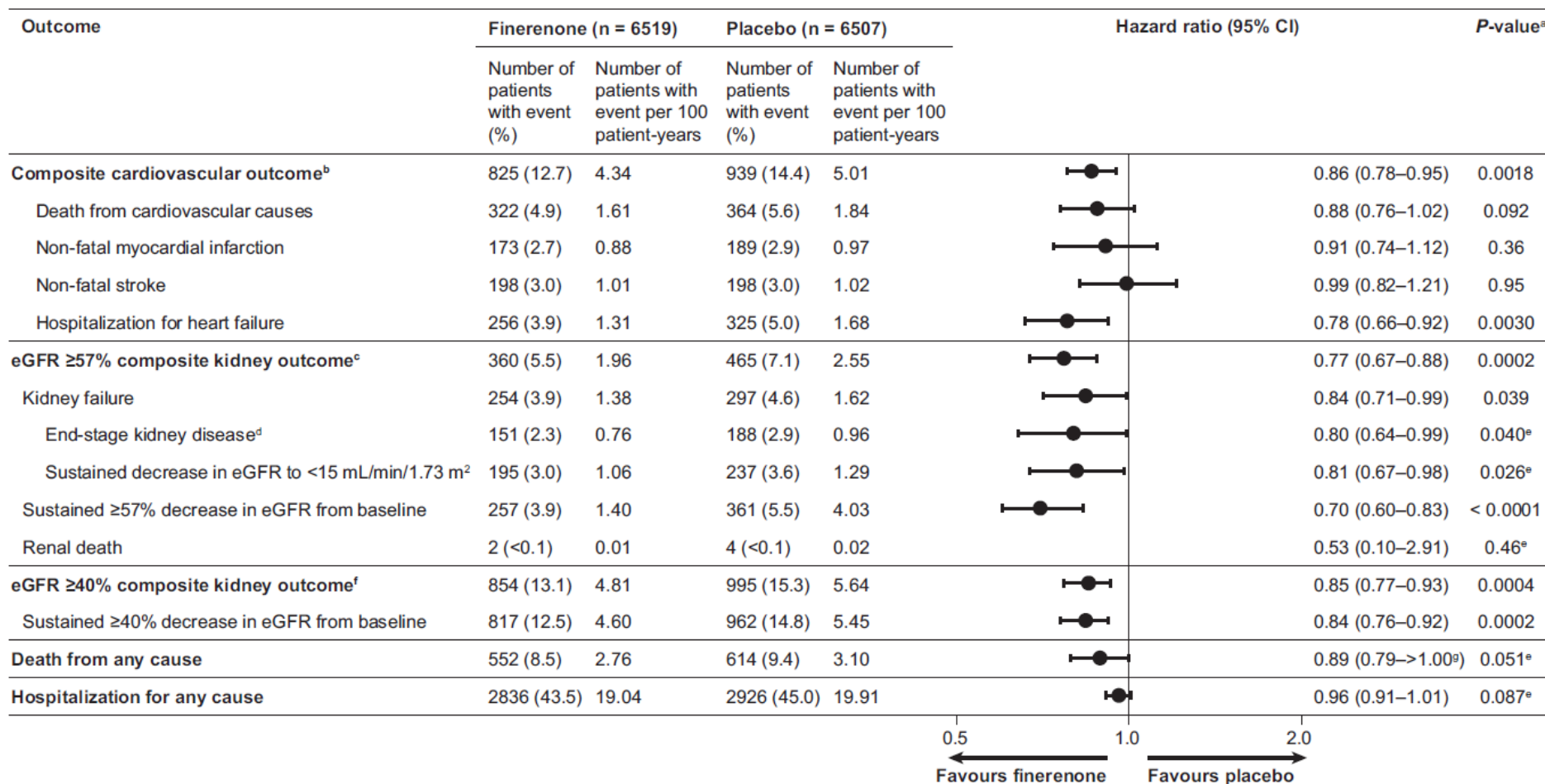


Figure 2 | This slide shows the percent decline in eGFR in patients treated with spironolactone and those treated with conventional therapy. Patients were followed for 1 year. * $P < 0.001$ vs basal eGFR, ** $P < 0.0001$ vs basal eGFR.

Vignette #3 : Bénéfices associés à la finérénone

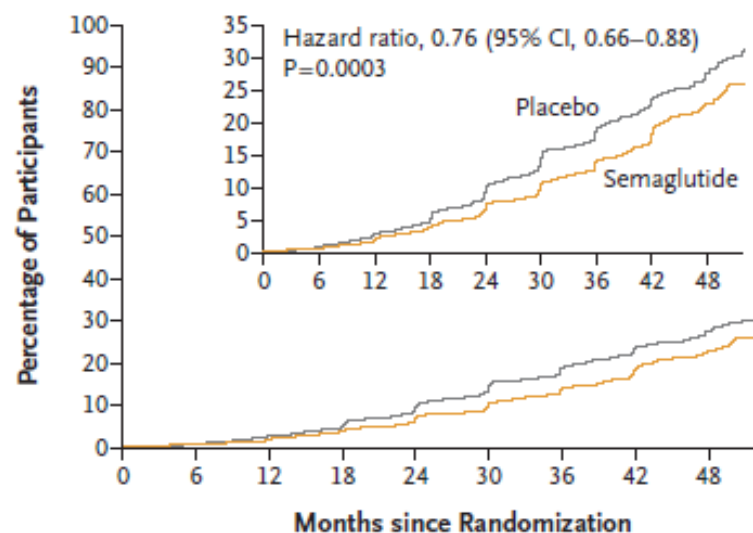


Étude FIDELITY: *European Heart Journal* (2022) 43, 474–484

Vignette #3 : Bénéfices associés au aGLP-1

Étude FLOW

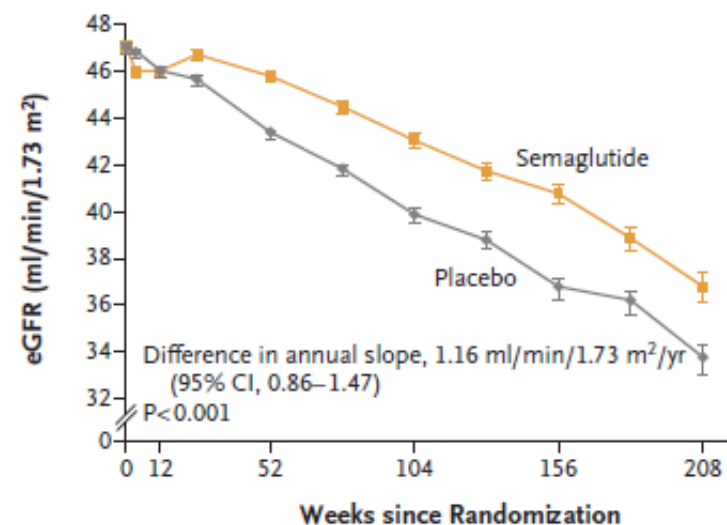
A First Major Kidney Disease Event



No. at Risk

Placebo	1766	1736	1682	1605	1516	1408	1048	660	354
Semaglutide	1767	1738	1693	1640	1572	1489	1131	742	392

D Total eGFR Slope



No. at Risk

Placebo	1766	1663	1573	1609	1490	1441	1284	876	609	199
Semaglutide	1766	1665	1590	1606	1521	1468	1345	952	651	218

Vignette 4

Une femme de 47 ans présente d’une IRC reliée à de la néphro-angiosclérose, ceci confirmé avec investigation appropriée; son dossier clinique démontre :

IMC 29 kg/m2
Tabagisme: non
Antécédents d’événements cardio ou cérébro-vasculaires:
Infarctus du myocarde à l’âge de 42 ans

TA 123/82mm
DFGe 56 ml/min/1,73m2
RACU 54 mg/mmole
HbA1c 5,4%
K+ 4,4 mmole/L

Thérapies en cours :
ROSUVASTATINE 40 mg DIE
IRBESARTAN 300 mg DIE
ASA 81 mg DIE
AMLODIPINE 10 mg DIE
DAPAGLIFLOZINE 10 mg DIE

Vignette 4 (suite)

Qu'allez-vous faire?

1. Optimiser le contrôle de la TA avec un autre agent antihypertenseur?
2. Débuter de la FINERENONE et viser, si toléré, des doses de 20 mg DIE?
3. Optimiser le contrôle de la TA et si cibles atteintes et peu d'effet sur le RACU, majorer davantage les doses d'IRBESARTAN?
4. Ajouter de la SEMAGLUTIDE et viser, si toléré, des doses de 1 mg s/c, 1x semaine?
5. Ajouter de la SEMAGLUTIDE et viser, si toléré, des doses de 2,4 mg s/c, 1x semaine?

Finérénone

- Pas d'étude randomisée contrôlée publiée à date chez les non-diabétiques
- On attend les résultats de FIND-CKD

Zachariah T et al. CJASN2024 Nov 1;19(11):1499-1512.

Étude SELECT: effet rénal

Plus de 16 000 patients

IMC ≥ 27

Non-diabétiques

Avec maladie cardiovasculaires

Réduction de 20% des événements
cardiovasculaires

Mais aussi **amélioration du devenir rénal** (point
d'aboutissement à 5 composantes)

Étude SELECT: effet rénal

Un homme de 67 ans est présente un diabète de type II depuis 22 ans. Il a souffert d'un infarctus du myocarde en 2021 et a récemment eu des pontages aortocoronariens (janvier 2025). Son dossier clinique révèle :

IMC	28 kg/m ²
Tabagisme	Ex-fumeur; 15 paquet-années
TA	138/88 mm
DFGe	44 ml/min/1,73m ²
RACU	32 mg/mmol
HbA1c	6,9%

Thérapies en cours :

ASA	81 mg DIE
ATORVASTATINE	40 mg DIE
METOPROLOL SR	100 mg DIE
RAMIPRIL	5 mg DIE
METFORMINE	500 mg BID
DAPAGLIFLOZINE	10 mg BID

Un iSGLT2 a été initié suite à l'hospitalisation pour pontages, et le RAMIPRIL MAJORÉ à 10 mg DIE.

4 MOIS plus tard, voici le bilan clinique:

TA	127/82 mm
DFGe	36 ml/min/1,73m ²
RACU	12 mg/mmol
K ⁺	4,5 mmol/L

Qu'allez-vous faire maintenant? (Il n'y a PAS de cause autre secondaire pour l'hypertension que celle reliée au diabète et la néphropathie.)

1. Optimiser davantage le contrôle de la TA avec un autre agent antihypertenseur?
2. Débuter de la FINERENONE et si toléré, viser des doses de 20 mg DIE?
3. Débuter de la SEMAGLUTIDE et si toléré, viser des doses de 1 mg s/c, 1 x semaine?
4. Débuter de la FINERENONE et si à dose de 20 mg DIE et RACU >3 mg/mmol, ajout de SEMAGLUTIDE?
5. Débuter de la FINERENONE, viser des doses de 20 mg DIE + initier éventuellement de la SEMAGLUTIDE s/c, peu importe la valeur du RACU ?

Vignette #4 : Cible HTA chez les patients avec diabète

Recommandations :

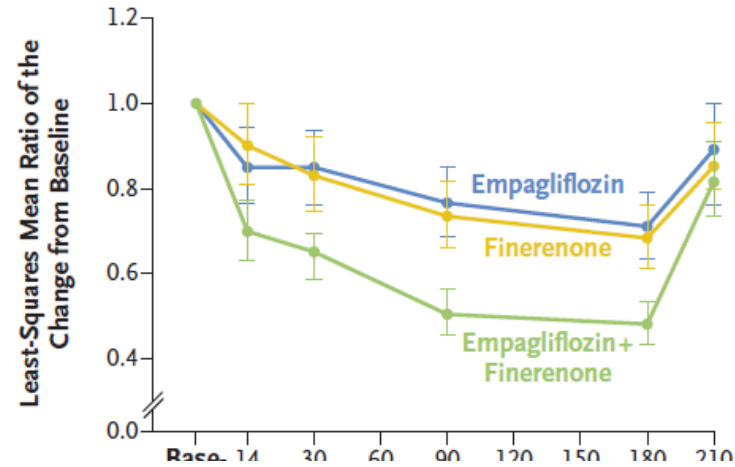
1. TA < **130/ 80** mmHg avec mesure TA habituelle au bureau
2. TA < **125/80** mmHg avec mesure de TA standardisée i.e. :
 - TA au bureau avec technique optimale
 - Bp Tru
 - MAPA ambulatoire
 - Mesure à domicile

Risque accru de : hypotension, syncope, chutes, fractures

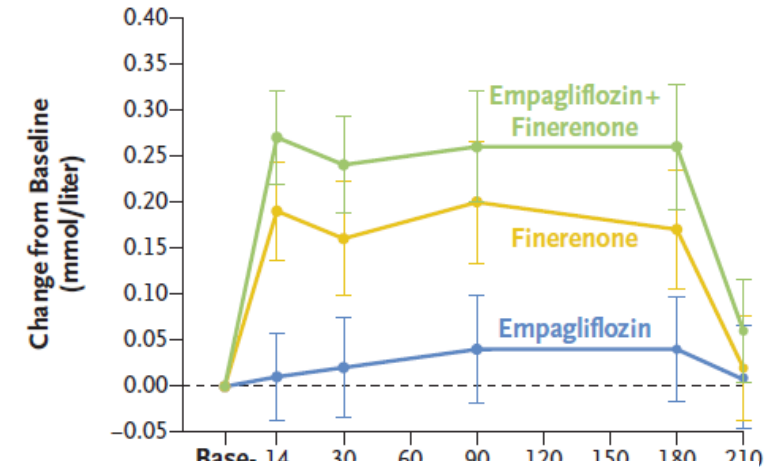
Vignette #4 :

Bénéfices associés à la combinaison finérénone et iSGLT2 (et iSRAA)

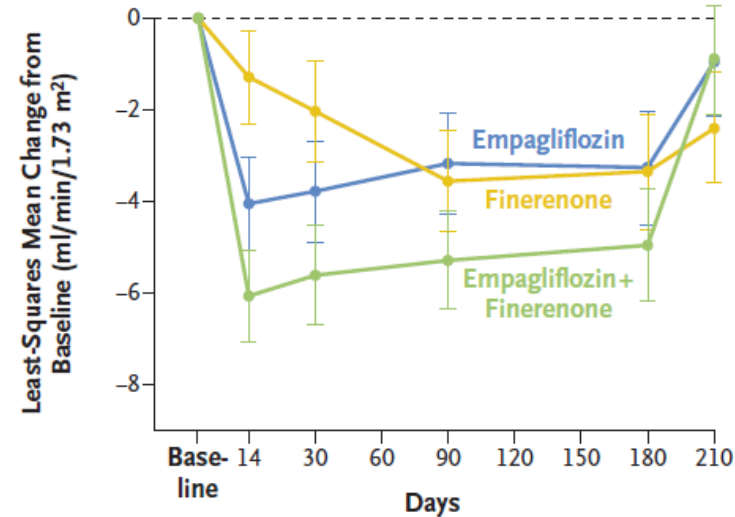
A Change in Urinary Albumin-to-Creatinine Ratio



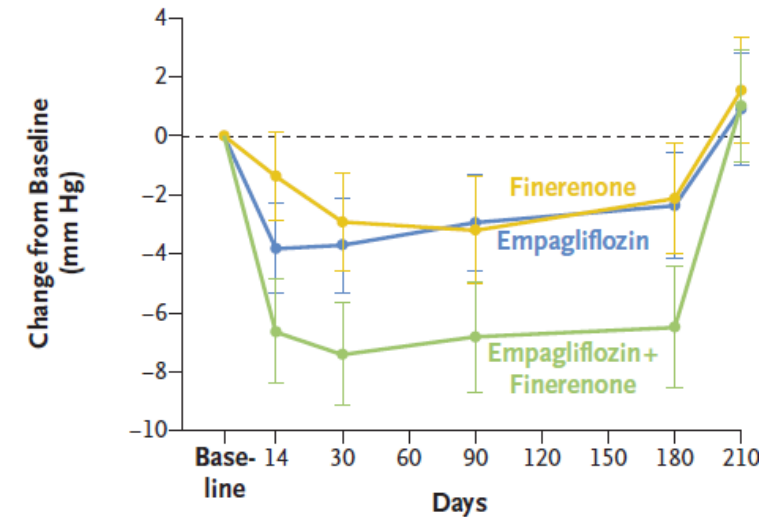
B Change in Serum Potassium Level



C Change in eGFR

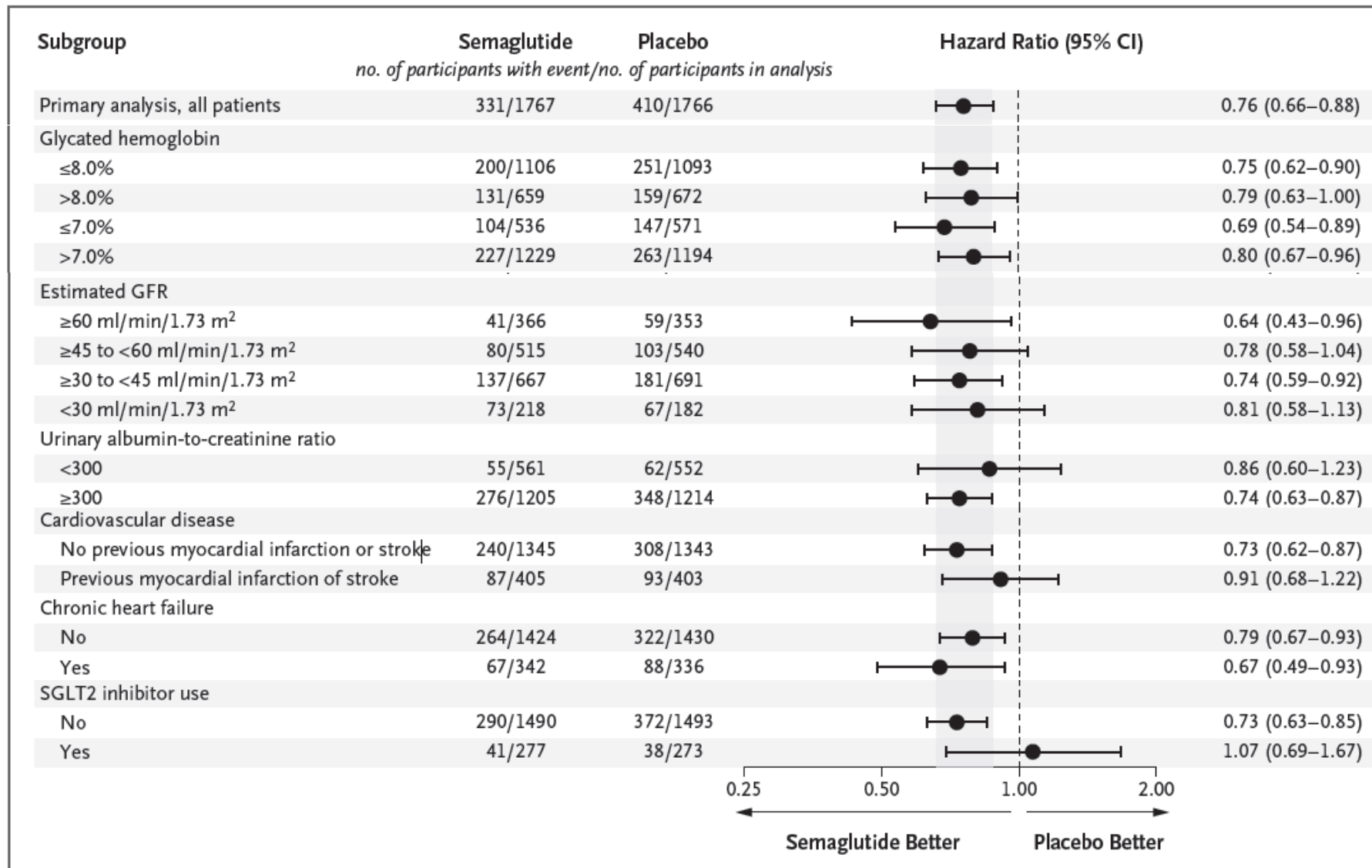


D Change in Systolic Blood Pressure



Vignette #4 : Bénéfices associés au aGLP-1

Étude FLOW



Vignette #4 : Bénéfices associés à la combinaison de Rx

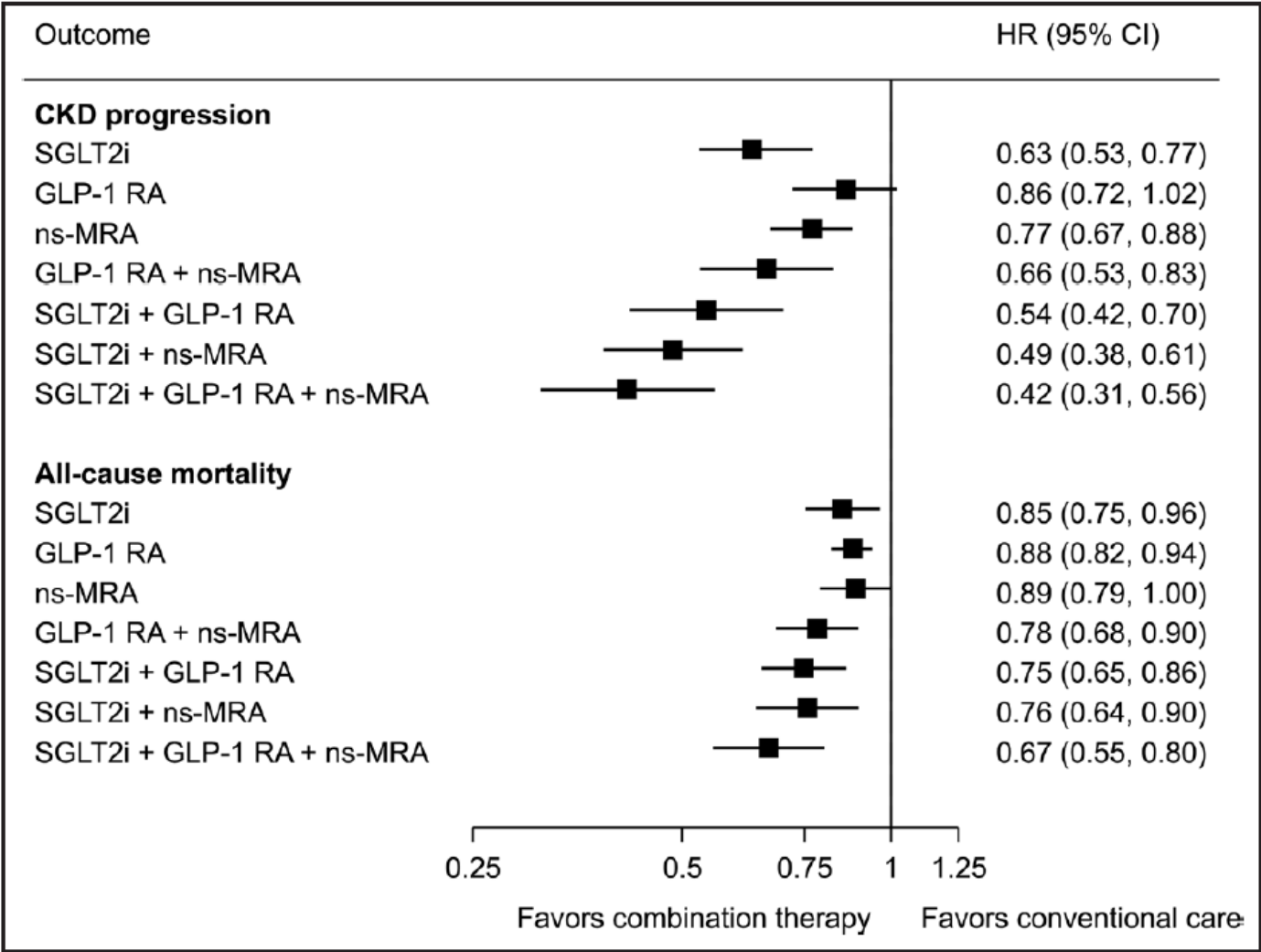
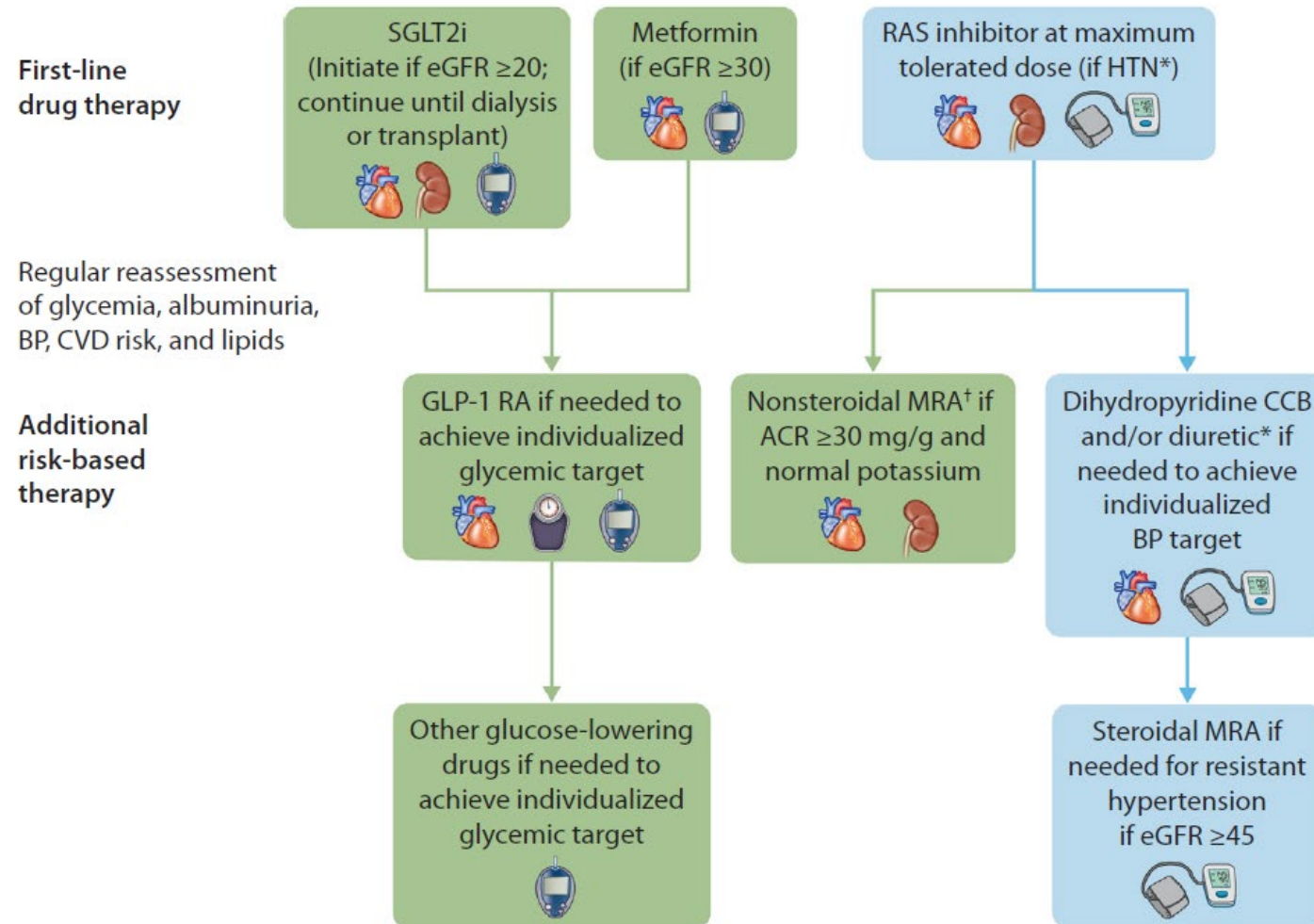


Figure 2. Estimated treatment effects on CKD progression and all-cause mortality with SGLT2i, GLP-1 RA, and ns-MRA, alone and in combination, when added to renin-angiotensin system blockade in patients with type 2 diabetes.

Vignette #4 :

Bénéfices associés à la combinaison de Rx



Points clés sur la thérapie néphroprotectrice de la néphropathie non-diabétique

- L'apport protéique: assez, mais pas trop: 0.8 g/kg/d
- L'apport sodé: à restreindre pour l'effet sur la PA et optimiser l'effet des iECA/ARA
- La maîtrise tensionnelle plus agressive protège la fonction rénale en présence d'albuminurie
 - Avec effet préférentiel des iECA/ARA, mais en haut de 0,5-1g/d
- La chronothérapie: pas recommandé d'emblée
- iSGLT2 néphroprotecteurs, notamment dans la néphropathie à IgA protéinurique
- Plus l'albuminurie diminue, mieux c'est
- Sémaglutide améliore pronostic cardiovasculaire et rénal chez le patient avec IMC élevé et maladie cardiovasculaire