

Néphropathie et diabète de type 2



Publication initiale mai 2024

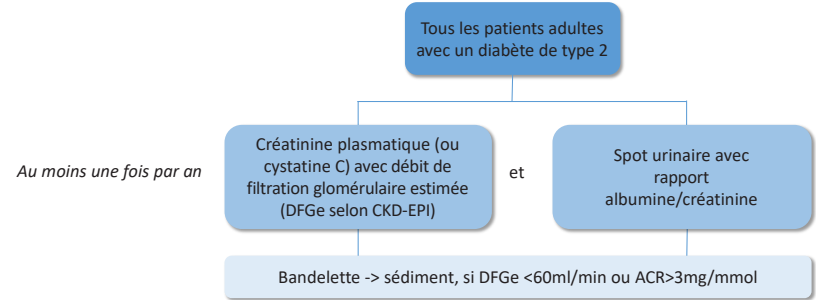
Version courte du consensus des
Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie
Société suisse de néphrologie



Environ 40 % des patients atteints de diabète de type 2 auront un certain degré de néphropathie. Le médecin de premier recours joue un rôle central dans le dépistage des patients. Une identification précoce des personnes à risque est importante pour fournir les thérapies efficaces.

Sur la base du consensus commun de la SSED et de la SSN publié dans le SMW 2023, nous avons élaboré un guide à l'attention des soignants. Ce guide est fondé sur des évidences de prise en charge efficace des patients avec une néphropathie lié au diabète de type 2.

Dépistage



Classification KDIGO lors de maladie rénale chronique (MRC)

(confirmer le stade au moins une fois)

La maladie rénale chronique est classée en fonction des critères suivants : - Cause (C) - DFGe (G) - Albuminurie (A)				Catégories d'albuminurie		
				A1	A2	A3
				Normale à légèrement augmentée <30 mg/g <3 mg/mmol	Augmentation modérée 30-299 mg/g 3-29 mg/mmol (anc. microalbuminurie)	Forte augmentation ≥300 mg/g ≥30 mg/mmol (anc. macroalbuminurie)
Catégories de DFGe (ml/min/1,73 m2)	G1	Normal ou élevé	≥ 90	Dépistage	Traiter 1	Traiter et orienter 3
	G2	Légère diminution	60-89	Dépistage	Traiter 1	Traiter et orienter 3
	G3a	Diminution légère à modérée	45-59	Traiter 1	Traiter 2	Traiter et référer 3
	G3b	Diminution modérée à sévère	30-44	Traiter 2	Traiter et référer 3	Traiter et référer 3
	G4	Diminution sévère	15-29	Traiter et référer 3	Traiter et référer 3	Traiter et référer 4+
	G5	Insuffisance rénale	<15	Traiter et référer 4+	Traiter et référer 4+	Traiter et référer 4+

- Risque faible (en l'absence d'autres marqueurs de maladie rénale, ou MRC)
- Risque modérément accru
- Risque élevé
- Risque très élevé

Stratification, classification et stratification du risque de la MRC selon KDIGO. Les chiffres dans les cases indiquent la fréquence des visites (nombre par an). Les couleurs représentent le risque de progression, de morbidité et de mortalité cardiovasculaire.

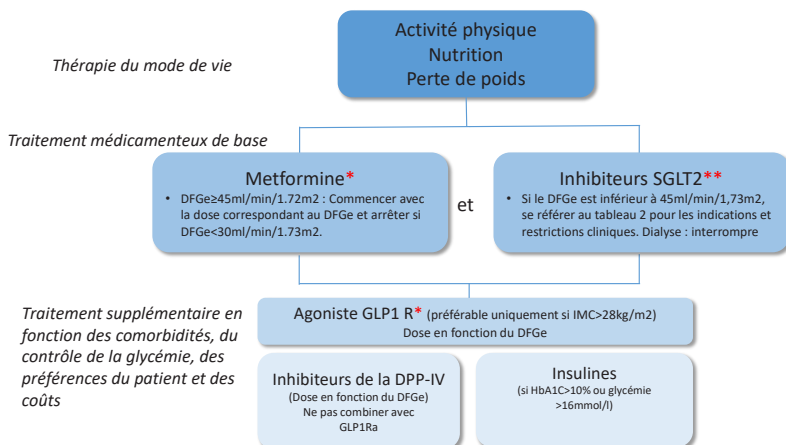
Diagnostic de la MRC confirmé si DFGe<60ml/min et/ou albuminurie >3mg/mmol pendant au moins 3 mois.

Drapeaux rouges – adressage au néphrologue

- Hématurie persistante / sédiment actif
- Baisse rapide et soutenue de la DFGe (>5ml/min/an)
- Augmentation rapide de l'albuminurie, stade A3
- DFGe trop bas pour l'âge (<40 ans : <75, 40-65 ans : <60, >65 ans : <45ml/min)
- Syndrome néphrotique (protéinurie d'ordre néphrotique, hypoalbuminémie, œdème, hypercholestérolémie)
- Antécédents familiaux de maladie rénale héréditaire
- Hypertension résistante (pression artérielle >140/90 mmHg avec une triple thérapie antihypertensive comprenant un diurétique, un bloqueur du système rénine-angiotensine (SRA) et un antagoniste du calcium) ou réduction du DFGe de >30% après l'instauration d'un bloqueur du SRA.

Thérapie antidiabétique

Figure 1 : Traitement antidiabétique dans la maladie rénale chronique (modifié d'après : Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group, KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2020 Oct.98(4S):S1-S115 [1]). Pour le DFGe, voir la figure 2. Commentaire : une double thérapie par inhibiteur SGLT2 et agoniste GLP1 est à l'étude. Les résultats préliminaires démontrent des effets additionnels sur le contrôle du poids, de la glycémie et de la pression artérielle.



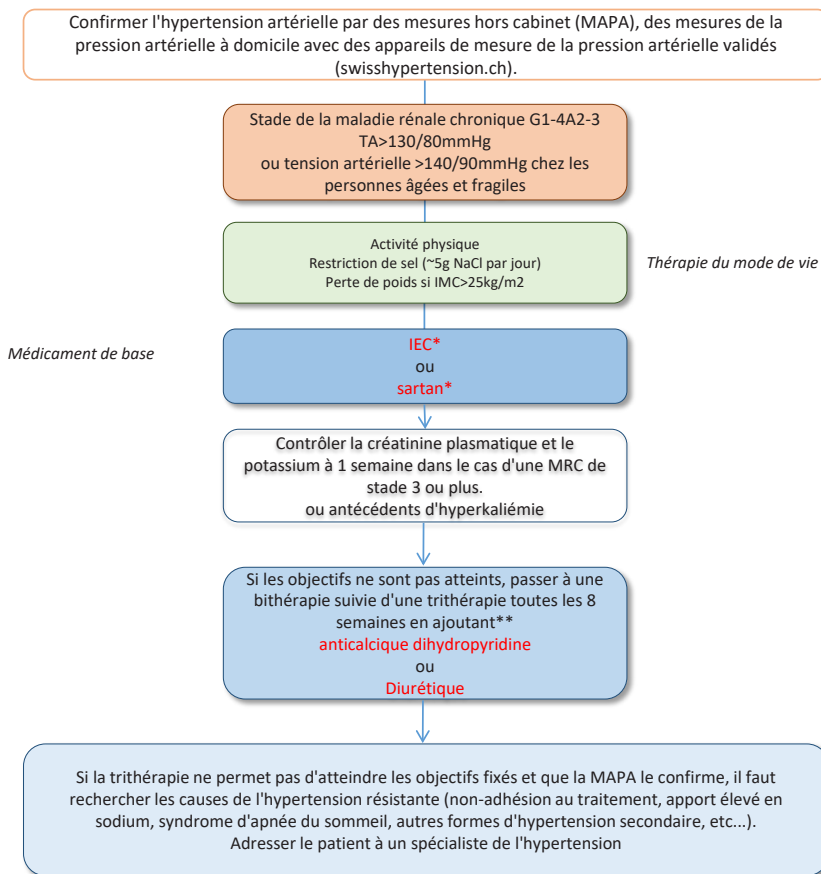
**Nous recommandons, l'évidence est élevée

*Nous recommandons, preuves modérées

Figure 2 : Ajustement des doses en fonction du DFGé (Swissmedic [Suisse], pour les autres pays, se référer aux restrictions locales).

Stade de MRC	1-2	3a	3b	4	5
	DFGé >60ml/min/1.73m2	DFGé 45-60ml/min/1.73m2	DFGé 30-45ml/min/1.73m2	DFGé 15-30ml/min/1.73m2	Hémodialyse
Insulines					
Glinides		diminuer la dose			
Inhibiteurs de la DPP-IV					
Nanomorn® Repaglinide	0.5-12mg/j				
Starlix® Nateglinide	60-360mg/j	60mg/dose			
Inhibiteurs de la DPP-IV					
Januvia® Sitagliptine	50-100mg/j	50mg/j		25mg/j	
Tajentia® Unalipidine	5mg/j				
Galvus® Vildagliptine	2 x 50mg/j	1 x 50mg/			
Vipidia® Alogliptine	25mg/j	12 5mg/j		6.25mg/j	
Onglyza® Saxagliptine	5mg/j		2. 5mg/j		
Agonistes GLP-1R					
Byetta® Exenatide	10 µg 2x/j		5 µg 2x/j		
Bydureon® Exenatide	2mg/sem				
Victoza® Liraglutide	0.6-1.8mg/j				
Lixumia® Lixisenatide	10-20µg/j				
Tudicta® Dulaglutide	0.75-1.5mg/sem				
Rybelsus® Semaglutide	3-14mg/j				
Ozempic® Semaglutide	0.25-1mg/sem				
Agonistes GLP-1R-GIPR					
Mounjaro® Tirzepatide					
Thiazolidinediones					
Actos® Pioglitazone	15-45mg/j				
Metformine					
Glucophage® Metformine	500-2550mg/j	500-1500mg/j	500-1000mg/j ne pas initier		
Inhibiteurs du SGLT2					
Invokana® Canagliflozin	100-300mg/j	100mg/d	Initiation seulement si ACR>30mg/mmol	OK jusqu'à la dialyse si ACR>30mg/mmol. Ne pas initier	
Jardiance® Empagliflozin	10mg/j		En cas d'IC symptomatique ou d'IMRC, le traitement peut être initié jusqu'à un DFGé de 20 ml/min/1.73. Peut être poursuivi jusqu'à la dialyse		
Forxiga® Dapagliflozine	5-10mg/j		En cas d'IC symptomatique ou d'IMRC, le traitement peut être initié jusqu'à un DFGé de 25 ml/min/1.73. Peut être poursuivi jusqu'à la dialyse		
Steglatro® Ertugliflozin	5mg/j				
Sulfonylurées					
Diamicon® Gliclazide	30-120mg/j				
Diozell® Glibenclamide	2.5-10mg/j				
Amaryl® Glimépiride	1-6mg/j				

Traitement antihypertenseur



***Nous recommandons, l'évidence est élevée

*Nous recommandons, preuves modérées

Algorithme proposé pour l'objectif et la gestion de la pression artérielle lors de néphropathie et diabète

Antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes

Pour les personnes sous blocage du SRA avec ou sans SGLT2i, nous recommandons d'envisager l'ajout d'un antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes (par exemple la finérénone) dans les cas de néphropathie albuminurique (eGFR>25ml/min/1,73m²) avec un potassium ≤5mmol/l tout en surveillant le potassium comme recommandé.

Risque CV et traitement hypolipédémiant

Les patients atteints MRC présentent un risque élevé ou très élevé de maladie cardiovasculaire.

			Ratio ACR			
			A1	A2	A3	
			<3 mg/mmol	3-30 mg/mmol	>30 mg/mmol	
Catégories de DFG (ml/min/1,73 m ²)	G1	≥ 90		risque élevé ou risque très élevé si avec rétinopathie et neuropathie		
	G2	60-89				
	G3a	45-59	risque élevé	risque très élevé		
	G3b	30-44				
	G4	15-29				
	G5	<15				

Statine d'intensité élevée (recommandée, niveau de preuve élevé) si DFG_e>30ml/min, doses plus faibles si DFG_e<30ml/min. Ajustement de la dose conformément au compendium. Ne pas initier le traitement chez les patients dialysés ; si le traitement a été initié auparavant, la poursuite du traitement peut être envisagée.

Ezétimibe (recommandé, preuves modérées), pas d'ajustement de la dose en cas de maladie rénale chronique. Ne pas initier le traitement en cas de dialyse, si le traitement a été initié avant, la poursuite du traitement peut être envisagée.

Inhibiteur de PCSK9 (peut être envisagé si DFG_e>20ml/min, faible niveau de preuve), pas d'ajustement de la dose.

Objectif de cholestérol LDL

Étape 1 : <1,8 mmol/l et réduction de 50 % par rapport à la valeur de référence

Étape 2 : <1,4mmol/l*

- en cas de maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie (ASCVD), recommandé, niveau de preuve élevé
- en l'absence d'ASCVD, peut être envisagé, faible niveau de preuve
- *en fonction du risque CV résiduel à 10 ans, du risque CV à vie et du bénéfice du traitement, des comorbidités, de la fragilité et des préférences du patient.

La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire, tels que l'arrêt du tabac, le maintien d'un poids sain et la pratique d'une activité physique régulière, est fortement recommandée.

Complications de la maladie rénale chronique

Hyperkaliémie

- mesurer le K⁺ à chaque analyse de routine, pendant les périodes de maladie aiguë et 1 semaine après le début ou l'augmentation du bloqueur du système rénine-angiotensine (SRA) (ou 4 semaines après la finérénone).
- conseiller un régime pauvre en K⁺, commencer par la dose la plus faible possible de bloqueur SRA si le DFGe est < 60ml/min
- ne pas combiner les bloqueurs SRA (c'est-à-dire IEC, sartan ou inhibiteur de la rénine)
- spironolactone ≤ 25 mg/j en cas d'association avec un bloqueur SRA
- réduire le bloqueur SRA si K⁺ > 5,5 mmol/l, arrêter si K⁺ > 6 mmol/l
- envisager un chélateur du K⁺ en cas d'hyperkaliémie au lieu d'une réduction ou d'un arrêt du bloqueur SRA
- d'autres médicaments courants provoquant une hyperkaliémie sont :
β-bloquant, TMP-sulfa-méthoxazole, AINS (qui ne doivent pas être utilisés chez les patients atteints de MRC) ; envisager de les arrêter en cas d'hyperkaliémie.

Anémie rénale

- exclure les autres causes, viser un taux d'Hb de 10-11,5 g/dl
- thérapie par le fer en cas d'anémie et de ferritine < 500 ng/ml et/ou TSAT ≤ 30 % ; pas chez les patients souffrant d'une infection systémique active
- Le traitement par l'érythropoïétine recombinante humaine doit être initié par le néphrologue.

Acidose métabolique (bicarbonate < 22 mmol/l, fonction pulmonaire normale)

- vérifier le bicarbonate si DFGe < 60ml/min ou hyperkaliémie inexpliquée
- exclure les autres causes d'acidose
- bicarbonate cible 22-26 mmol/l (traitement : Na⁺-Bicarbonate 2-3x/j)

Trouble minéral et osseux de la MRC

- vérifier le phosphate, le calcium et la 25-OH-vitamine D
- Traitement par 25-OH-vitamine D en cas de carence, consulter un néphrologue en cas d'hyperphosphatémie

Publication du consensus



<https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3280>

Zanchi A, Jehle AW, Lamine F, Vogt B, Czerlau C, Bilz S, Seeger H and de Seigneux S.

Diabetic kidney disease in type 2 diabetes: a consensus statement from the Swiss Societies of Diabetes and Nephrology. Swiss Med Wkly. 2023;153:40004. DOI: 10.57187/smw.2023.40004

A propos de nous



www.sgedssed.ch



www.swissnephrology.ch

Le SSED tient à remercier ses partenaires de collaboration platine pour leur soutien.

Société suisse de néphrologie - SGN-SSN



Fondation suisse du rein



Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie - SSED

