# Études de cas cliniques

À partir des cas cliniques concrets, les experts parleront de la prise en charge de la maladie rénale chronique et répondront aux questions de l’auditoire au cas par cas.

# Études de cas cliniques: Objectifs:

- Identifier les zones de controverses.
- Optimiser l’approche diagnostique et thérapeutique dans une dynamique interdisciplinaire et selon le contexte clinique particulier.
- Reconnaître rapidement les complications potentielles et proposer des solutions pour la prise en charge.

# Études de cas cliniques

Panel d’experts :

Dr Carl Fournier, médecin de famille, Clinique médicale Cadillac

Dr Yves Robitaille, interniste, Centre de Médecine Métabolique et CISSS de Lanaudière

Dre Lydia Benhocine, néphrologue, CISSS Lanaudière

Dr Michel Vallée, néphrologue, HMR

# Cas cliniques **#1**

**Nom**: Mr V., 78 ans

- Assurance RAMQ

**Au RV:** Va bien, TA 115/72

**Antécédents**:
- IRC sur néphrectomie D il y a 20 ans pour néo: RG unique depuis ce temps
- RAC toujours faiblement positif
- DLP

**Médicaments**:
- Périndopril 8 mg po die
- Atorvastatine 20 mg po die

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 41
- Potassium 4,3
- RAC 6
- LDL 2,1

Intervention?

A un nouveau MD de famille: cesse son IECA, lui dit que c'est contre indiqué chez un patient avec rein unique.

- **Médicaments**:
- Amlodipine 10 mg po die
- Atorvastatine 20 mg po die

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 46
- Potassium: 3,9 mmol/L
- RAC 12
- LDL 2,1

Intervention?

**Remarques/Interventions**: Un médicament néphroprotecteur a été cessé de façon inapproprié car la situation clinique de rein unique est une bonne indication d'IECA/ARA car cela optimise la protection rénale, réduit l'hyperfiltration, en plus des bénéfices vasculaires. La bonne chose à faire est de cesser l'amlodipine, reprendre le périndopril 8mg po die (dose optimal). De plus LDL hors cible (l'IRC est une situation automatiquement à haut risque vasculaire), on augmente donc l'atorvastatine à 80 mg po die. Assurer une bonne communication avec son MD de famille.

**Suivi**: **Épreuves de laboratoire**:
- DFG 40
- Potassium: 4,3 mmol/L
- RAC 4
- LDL 1,6

**Considérations futures**:
- Il faudra ajouter au prochain RV un iSGLT2 afin d'optimiser la protection rénale: dapagliflozine 10 mg po die, code VA619 (ok chez non-DB)

# Cas cliniques **#2**

**Nom**:  Mr M., 75 ans

- Assurance RAMQ, suivi en prédialyse

**Au RV:** Va bien, TA 115/72

**Antécédents**:
- IRC NASB
- HTA
- RAC négatif
- MCAS
- DLP

**Médicaments**:
- Losartan 100 mg po die
- Indapamide 2,5 mg po die
- Atorvastatine 80 mg po die
- ASA 80 mg po die

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 18, stable depuis 2015
- Potassium 4,3
- RAC négatif
- LDL 1,4

- **Va à l'urgence pour une crise de goutte: on lui cesse son losartan en lui disant: ce n'est pas 'top' pour les reins! Remplacé par amlodipine.**

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 23
- Potassium: 3,9 mmol/L
- RAC négatif
- LDL 1,4

Intervention?

**Remarques/Interventions**: Un médicament néphroprotecteur a été cessé de façon inapproprié car la situation clinique d'IRC sur NASB en pré dialyse est une excellente indication d'IECA/ARA car cela optimise la protection rénale, réduit l'hyperfiltration, en plus des bénéfices vasculaires. La bonne chose à faire est de cesser l'amlodipine, reprendre le losartan 100mg po die (dose optimal). Assurer une bonne communication avec MD de l'urgence si possible. Le message est de ne pas confondre médicament à cesser les jours de maladie (qui sont souvent des médicaments néphroprotecteurs comme IECA/ARA/ARM/iSGLT2) et médicament néphrotoxique (comme AINS, aminosides, produit de contraste, etc).

**Suivi**: **Épreuves de laboratoire**:
- DFG 17
- Potassium: 4,4 mmol/L
- RAC négatif
- LDL 1,5

**Considérations futures**:
- Trop tard pour un iSGLT2.
- La clé si l'IRC est une NASB hypertensive: bon ctr de la TA < 120s mmHg

# Cas cliniques **#3**

Intervention?

**Nom**: Mr C., 75 ans

- Assurance RAMQ, suivi en prédialyse

**Au RV:** Va bien, TA 115/72

**Antécédents**:
- IRC NASB, HTA, RAC négatif
- HFpEF
- MCAS
- DLP

**Médicaments**:
- Losartan 100 mg po die
- Indapamide 2,5 mg po die
- Atorvastatine 80 mg po die
- ASA 80 mg po die

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 28, stable depuis 2015
- Potassium 4,3
- RAC négatif
- LDL 1,4

**Remarques/Interventions**: HFpEF est une bonne indication d'iSGLT2 si le DFG le permet, le patient a en plus une NC, donc on débute dapagliflozine 10 mg po die, code VA619 (le code CV399 nécessite FEVG < 40%)

**Suivi**: **Épreuves de laboratoire**:
- DFG 25
- Potassium: 4,0 mmol/L
- RAC négatif
- LDL 1,4

**Considérations futures**:
- Aura probablement de la finerenone à dose de 40 mg po die dans le futur (étude FINEARTS)

# Cas cliniques **#4**

**Nom**: Mr Z., 65 ans

- Assurance RAMQ

**Au RV:** Va bien mais TA 138/85

Obèse et en plus a pris du poids

**Antécédents**:
- IRC sur néphropathie diabétique (prot.)
- Db Type II X 15 ans, RD+, PNP +
- HTA/DLP

**Médicaments**:
- Amlodipine 5 mg PO die
- MTF/sitagliptin
- Atorvastatin 10 die

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 65
- Potassium: 4.2 mmol/L
- Bic: 24 mmol/L
- Na: 140 mmol/L
- RAC: 32
- HBA1C 7,3
- LDL 2,1

On lui dit toujours que tout est beau. Vue en consultation pour RAC élevé. Interventions?

**Remarques/Interventions**: Aucun médicament néphroprotecteur et aucune cible atteinte, malgré stade G2A3:
- Modification des habitudes de vies: priorité: perte de poids et diète faible NaCl
- Cible de TA: 130/80 (<120): ajout ou changer son amlo pour un IECA
- Cible de DB: HBA1C < 6,5: ajout d'un iSGLT2 (dapa, cana ou empa avec code EN148). Ou IECA/ARA en 1$^{er}$ et dapa en 2e (code VA619)
- Cible LDL < 1,8 (FRS2008: haut risque vasculaire): Augmentation atorvastatine à 80 die

**Suivi**:
- Début de péridopril 4mg po die
- Après 4 sem, Kaliémie de contrôle à 4.6 mmol/L

**Résultats et Considérations futures**:
- Selon TA: arrêt amlo et augmentation IECA à la dose max.
- Pt maintenant en bithérapie: selon RAC et HBA1C: passage en trithérapie: aGLP1 à la place du sitagliptin, puis quadrithérapie avec finerenone selon RAC

# Cas cliniques **#5**

**Nom**: Mr T., 67 ans

- Assurance RAMQ

**Au RV:** Va bien, TA 118/75

IMC 26

**Antécédents**:
- Db Type II X 15 ans
- Découverte récente d'une MAU
- HTA/DLP

**Médicaments**:
- Périndopril 4 mg PO die
- Empagliflozine 10 mg po die (code EN148)
- MTF/sitagliptin
- Rosuvastatine 10 die

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 63
- Potassium: 4.5 mmol/L
- RAC: 5
- HBA1C 6,3
- LDL 1,6

Interventions?

**Remarques/Interventions**:
- Stade précoce de la néphropathie chronique = fenêtre thérapeutique optimale (interventions précoce et agressive: le plus efficace)
- Risque modéré de progression (stade G2, A2)
- Occasion manquée si le RAC n'est pas mesuré et que la quadrithérapie n'est pas envisagée.
- Patient actuellement en bithérapie, mais la dose de périndopril n'est pas optimisée

**Suivi**:
- Augmentation de péridopril à 8 mg po die
- Après 4 sem, Kaliémie de contrôle à 4.6 mmol/L, DFG 60
- RAC négatif (1,5)

**Résultats et Considérations futures**:
- Selon RAC futur : finerenone pourra être considéré

# Cas cliniques **#6**

**Nom**: Mr U., 67 ans

- Assurance RAMQ

**Au RV:** Va bien mais TA 118/75

IMC 26

**Antécédents**:
- Db Type II X 15 ans
- Découverte récente d'une MAU
- HTA/DLP

**Médicaments**:
- **Périndopril 8 mg PO die**
- Empagliflozine 10 mg po die (code EN148)
- MTF/sitagliptin
- Rosuvastatine 10 die

**Épreuves de laboratoire**:
- **DFG 41**
- Potassium: 4.5 mmol/L
- **RAC: 12**
- HBA1C 6,3
- LDL 1,6

Interventions?

**Remarques/Interventions**:
- Stade tardif de la néphropathie chronique = fenêtre thérapeutique encore utile
- Risque élevé de progression (stade G3b, A2)
- Patient actuellement en bithérapie

**Suivi**:
- Ajout de finerenone 10 mg po die
- Après 4 sem, Kaliémie de contrôle à 4.6 mmol/L
- RAC 10
- Augmentation de finerenone à la dose cible de 20 mg po die
- Après 4 sem, Kaliémie de contrôle à 4.8 mmol/L, DFG 36
- RAC 6

**Résultats et Considérations futures**:
- Selon RAC futur : semaglutide pourra être considéré

# Cas cliniques **#7**

**Nom**: Mr A., 67 ans

- Assurance RAMQ

**Au RV:** Va bien mais TA 118/75

**IMC 33**

**Antécédents**:
- Db Type II X 15 ans
- Découverte récente d'une MAU
- HTA/DLP

**Médicaments**:
- **Périndopril 8 mg PO die**
- Empagliflozine 10 mg po die (code EN148)
- MTF/sitagliptin
- Rosuvastatine 10 die

**Épreuves de laboratoire**:
- **DFG 41**
- Potassium: 4.5 mmol/L
- **RAC: 12**
- HBA1C 6,3
- LDL 1,6

Interventions?

**Remarques/Interventions**:
- Stade tardif de la néphropathie chronique = fenêtre thérapeutique encore utile
- Risque élevé de progression (stade G3b, A2)
- Patient actuellement en bithérapie

**Suivi**:
- Ajout de semaglutide
- Titration de dose

**Résultats et Considérations futures**:
- Selon RAC futur : fienrenone pourra être considéré

# Cas cliniques **#8**

**Nom**: Mme T., 68 ans

- Assurance RAMQ
- RV q 1 an car stable et optimisée
- En trithérapie: IECA, iSGLT2, finerenone: On avait comme plan de débuter un aGLP1 car MAU +

**RV Annuel:** Va bien, mais a été hospitalisé il y a 8 mois pour GE, IRA sévère: on a cesser son IECA, son iSGLT2 et sa finerenone, TA 125/75

**Antécédents**:
- IRC sur néphropathie diabétique (MAU)
- Db Type II X 15 ans, RD+, PNP +
- HTA/DLP/Obésité

**Médicaments**:
- Amlodipine 5 mg PO die
- MTF/sitagliptin
- …

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 40 à 55
- Potassium: 4.2 mmol/L
- RAC: 32
- HBA1C 6,4

Pas de plan de reprise?
Interventions?

**Remarques/Interventions**: Aucun médicament néphroprotecteur:
- Changer son amlo pour un IECA dans un 1er temps
- Ajout d'un iSGLT2 (dapa 10 die code VA619, ou Cana et empa avec code EN148) ensuite
- Finerenone (formulaire…)
- aGLP1 en dernier (formulaire…)

**Suivi**:
- Début de péridopril 4mg po die
- Après 4 sem, K de contrôle à 4.6 mmol/L, DFG passe de 55 à 50
- Augmentation de 4 à 8mg po die: K 4,8, DFG 48, RAC 22
- Début dapa 10mg PO die, code VA619
- Après 4 sem, K de contrôle à 4.6 mmol/L, DFG 45, RAC 18
- Début de finerenone 10 mg po die
- Après 4 sem, K de contrôle à 4.8 mmol/L, DFG 43
- Augmentation finerenone 10 à 20 die
- Après 4 sem, K de contrôle à 4.8 mmol/L, DFG 40, RAC 10 (comme avant)

**Considérations futures**:
Si la patiente est encore motivée, on débutera un aGLP1
(Éviter l'inertie thérapeutique)

# Cas cliniques **#9**

**Nom**:  Mr P., 76 ans

- Assurance RAMQ

**Au RV:** non-obèse, Va bien mais TA 138/85, DB bien contrôlé

**Antécédents**:
- IRC sur néphropathie diabétique (MAU)
- Hyperkaliémie (intol. Kayexalate)
- Db Type II X 20 ans, RD+, PNP +
- HTA/Dlp/HypoT4

**Médicaments**:
- Irbesartan 150 mg PO die
- Amlodipine 5 mg PO die
- Indapamide 1.25 mg Po die
- Dapa 10 mg po die
- Insuline
- …

On lui dit toujours que tout est beau.
Vu en consultation pour IRC.
Interventions?

**Épreuves de laboratoire de contrôle post augmentation de irbesartan à 300 mg po die**:
- DFG 40 à 36
- Potassium: passe de 4.3 à 5.3 mmol/L
- Bic: 24 mmol/L
- Na: 140 mmol/L
- RAC: 22 à 12
- HBA1C 6,3

**Remarques/Interventions**:
- Au dernier RV , TA > cibles visées, Irbesartan ↑
- Labos de contrôle, Hyperkaliémie à 5.3 mmol/L (récidive)
- Modérer l'apport alimentaire en potassium/nutritionniste
- Demande de Patiromer 8.4 G die RAMQ (constipation ↑ avec SPS antérieurement) d'emblé car plan pour ARM.

**Suivi**:
- Début de Patiromer 8.4 G die (programme ORIGIN)
- Après 2 sem, Kaliémie de contrôle à 4.2 mmol/L

**Résultats et Considérations futures**:
- Bonne tolérance = bonne observance
- Bon contrôle TA à domicile, RAC ↓
- Le liant du K permet le maintien des rx cardio-néphroprotecteurs
- On pourra envisager finerenone ensuite (ou aGLP1): bi à trithérapie car RAC encore + en bithérapie

# Cas cliniques **#10**

TA hors cible, contexte d'HTA réfractaire.
Intervention?

**Nom**: Mr H., 76 ans

- Assurance RAMQ

**Au RV:** non-obèse, Va bien mais TA 148/90, DB bien contrôlé

**Antécédents**:
- IRC sur néphropathie diabétique (MAU)
- Db Type II X 20 ans, RD+, PNP +
- HTA/Dlp/HypoT4

**Médicaments**:
- Irbesartan 300 mg PO die
- Amlodipine 10 mg PO die
- Indapamide 2,5 mg Po die
- Dapa 10 mg po die
- …

**Épreuves de laboratoire**:
- DFG 45, Potassium: 4.2 mmol/L, RAC: 16, HBA1C 6,3

**Remarques/Interventions**:
- Au dernier RV , TA > cibles visées, contexte HTA réfractaire
- 4$^{e}$ rx anti HTA dans ce contexte: spironolactone 25 mg po die
- TA descend à 125/78

**Suivi**:
- Après 4 sem, Kaliémie de contrôle à 4.8 mmol/L
- RAC passe à 8

**Résultats et Considérations futures**:
- Bon contrôle TA à domicile, RAC ↓
- Le patient a déjà son ARM et est actuellement considéré en trithérapie. Un aGLP1 devra être considéré si le RAC demeure positif (dans quelques semaines vs mois??)

Hypertension CANADA

# Merci pour votre attention!

# Questions?

Faculté de médecine
Université de Montréal

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal