

Nouveautés dans la prévention des complications rénales du diabète et expérience pratique de la filière Rein-Diabète CHUV

Atelier

Faiza Lamine MD. Diabétologue CHUV

Dina Nobre. infirmière clinicienne en néphrologie CHUV

Forum diabète «Prévention et nouveautés dans la prise en charge du diabète»

17.9.2026- Lausanne

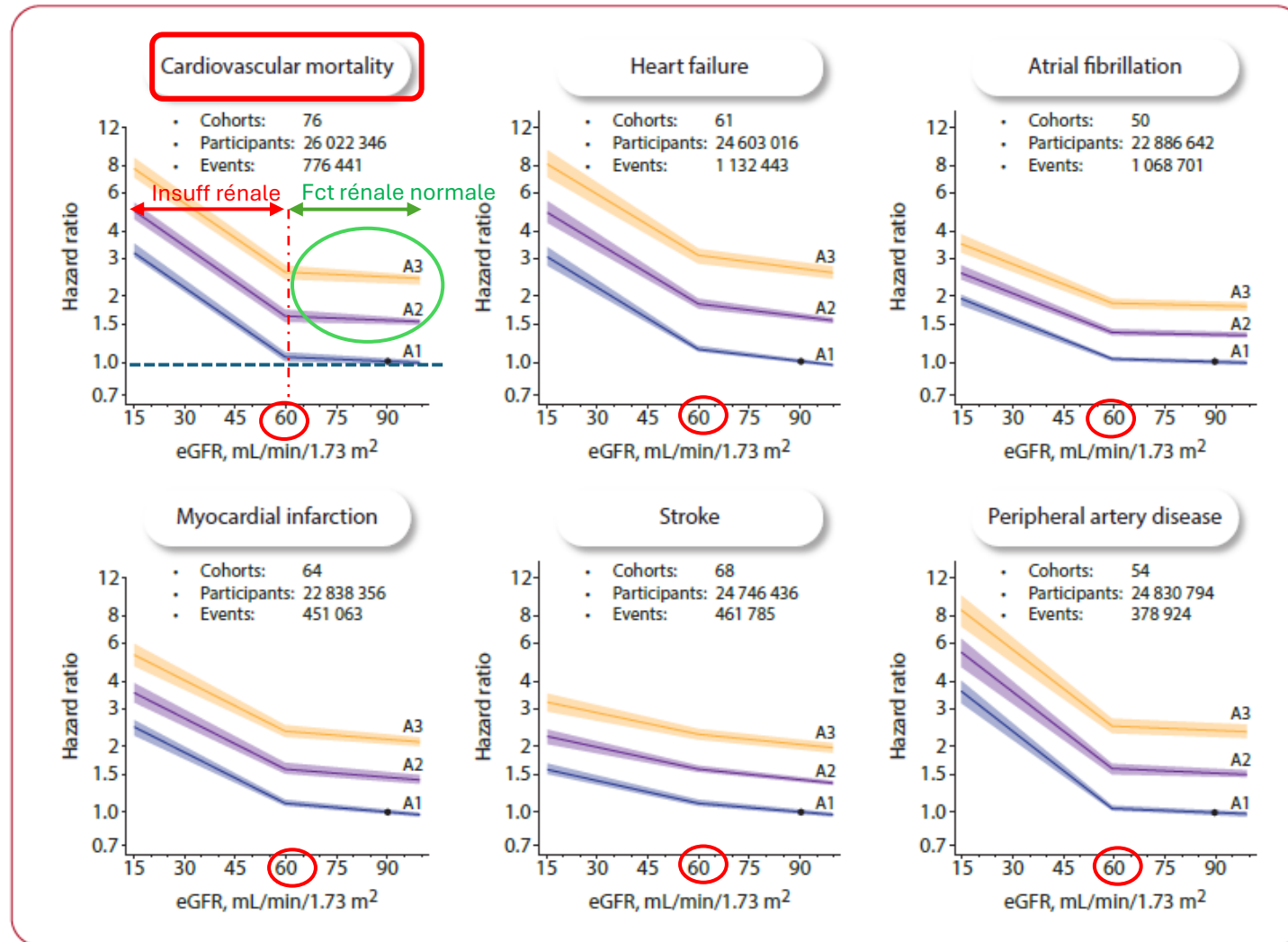
Rappel: définition de la maladie rénale chronique (Chronic Kidney Disease CKD)

- Insuffisance rénale
- eGFR CKD-EPI <60 ml/min/1.73m2 (stage G3-G5 KDIGO)
et/ou
- Albuminurie avec rapport albumine/créatinine urinaire >3 mg/mmol (stade A2-A3 KDIGO)
- Persistante sur 3 mois
- le risque de progression vers l'insuffisance rénale **et le risque de maladies cardiovasculaires** dépend du niveau de l'eGFR et du niveau d'albuminurie:
 - Faible, modéré, élevé, très élevé

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories		
				Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
GFR categories (ml/min/1.73 m ²)				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); yellow: moderately increased risk; orange: high risk; red: very high risk.

Le risque cardiovasculaire augmente avec le degré d'atteinte rénale, y compris si albuminurie isolée



Vignette clinique interactive 😊

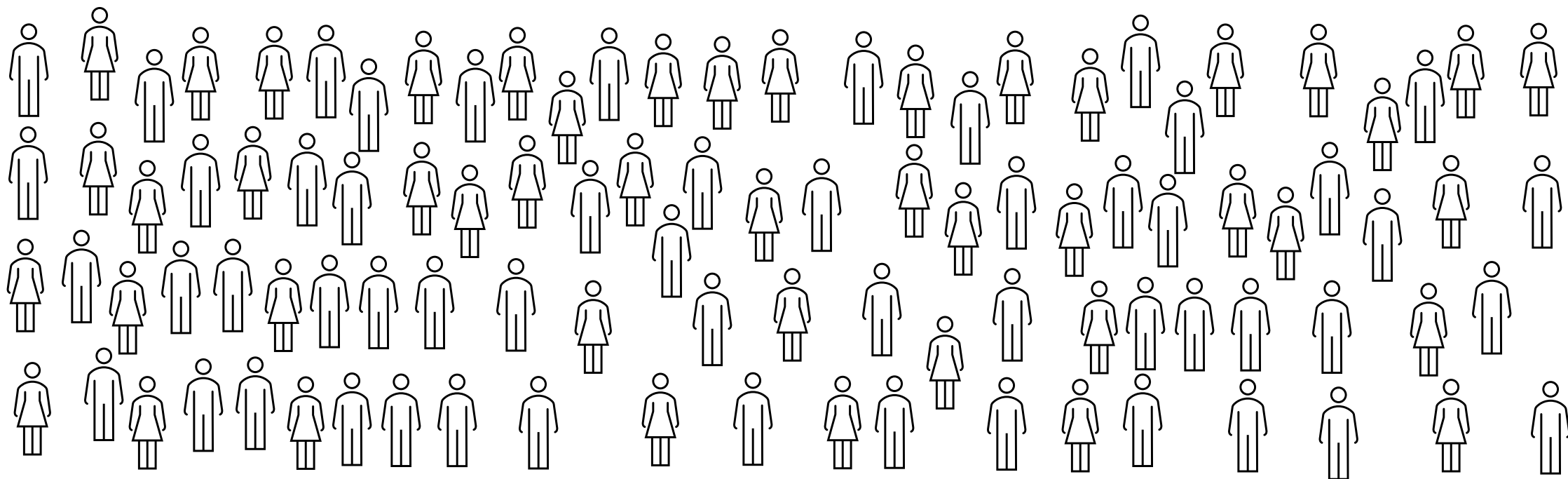
Monsieur M, 49 ans, vivant avec un DT2 depuis 8 ans est inquiet par rapport aux complications du diabète, en particulier rénales car sa mère était diabétique et elle est décédée au stade de dialyse.

Son bilan annuel récent a mis en évidence pour la 1ère fois une albuminurie sans insuffisance rénale.

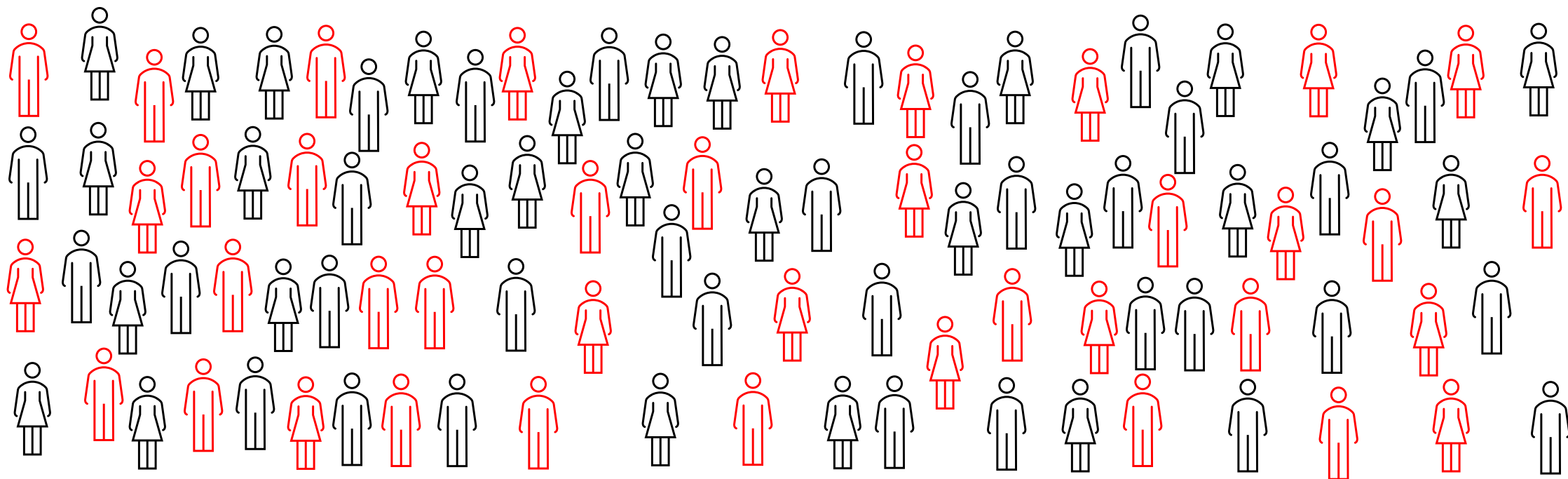
Quelles premières informations/Quels conseils lui donner à ce stade ?

- Prévalence (fréquence) de la maladie rénale diabétique?
- Dépistage/confirmation?
- Risque de déclin de la fonction rénale jusqu'à l'insuffisance rénale terminale?
- Moyens de prévention du déclin de la fonction rénale ?

Sur ces 100 personnes vivant avec un DT2, combien d'entre elles ont une maladie rénale chronique diabétique?

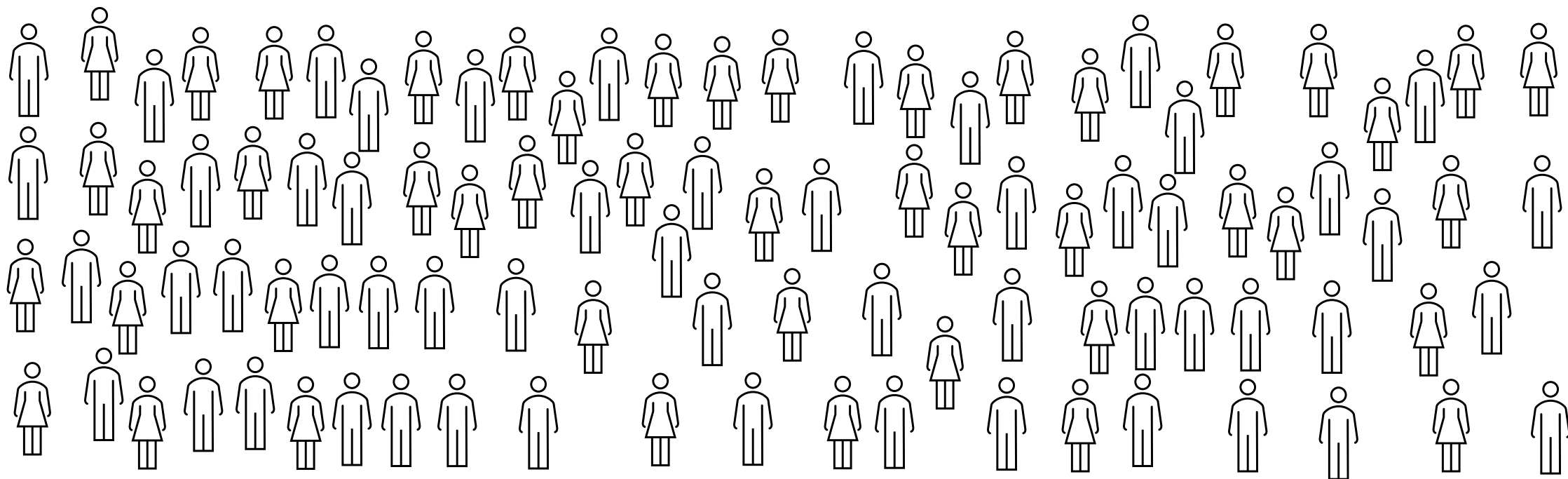


Sur ces 100 personnes vivant avec un **DT2**, combien d'entre elles ont une **maladie rénale chronique** diabétique?

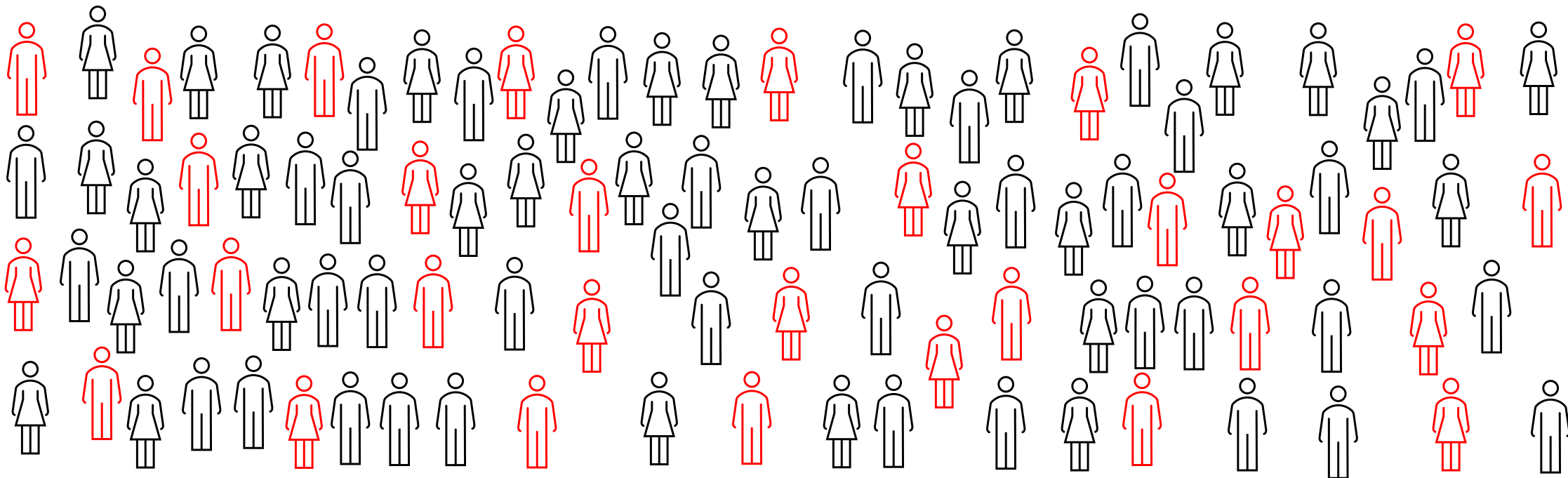


40%

Sur ces 100 personnes vivant avec un **DT1**, combien d'entre elles ont une **maladie rénale chronique** diabétique?

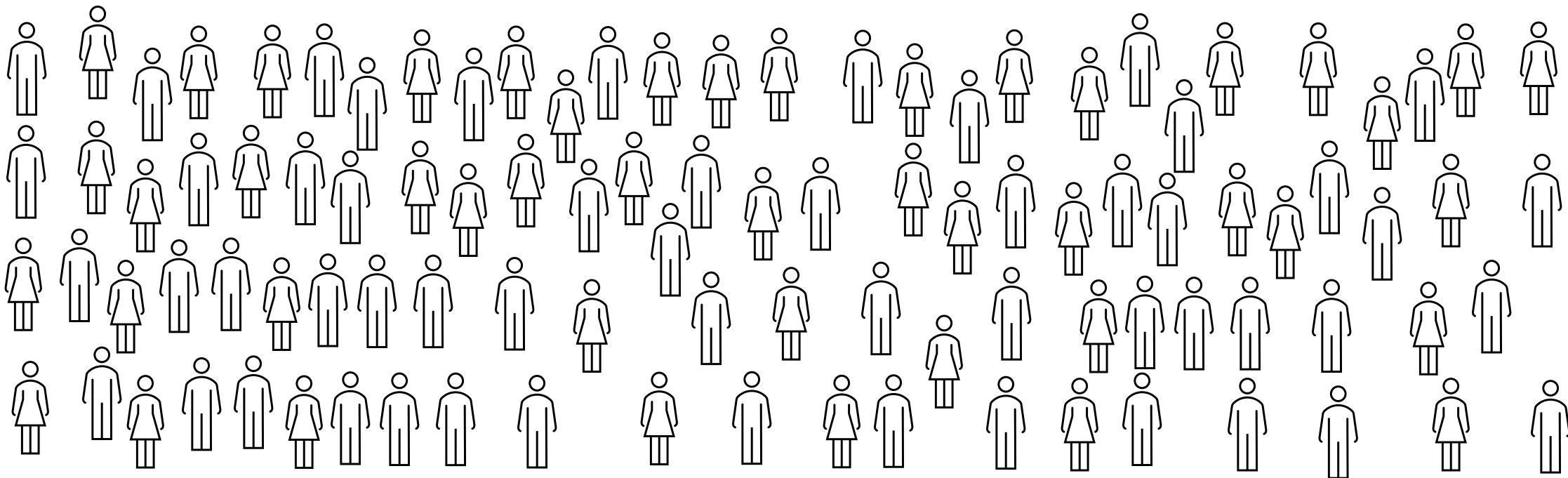


Sur ces 100 personnes vivant avec un **DT1**, combien d'entre elles ont une **maladie rénale chronique** diabétique?

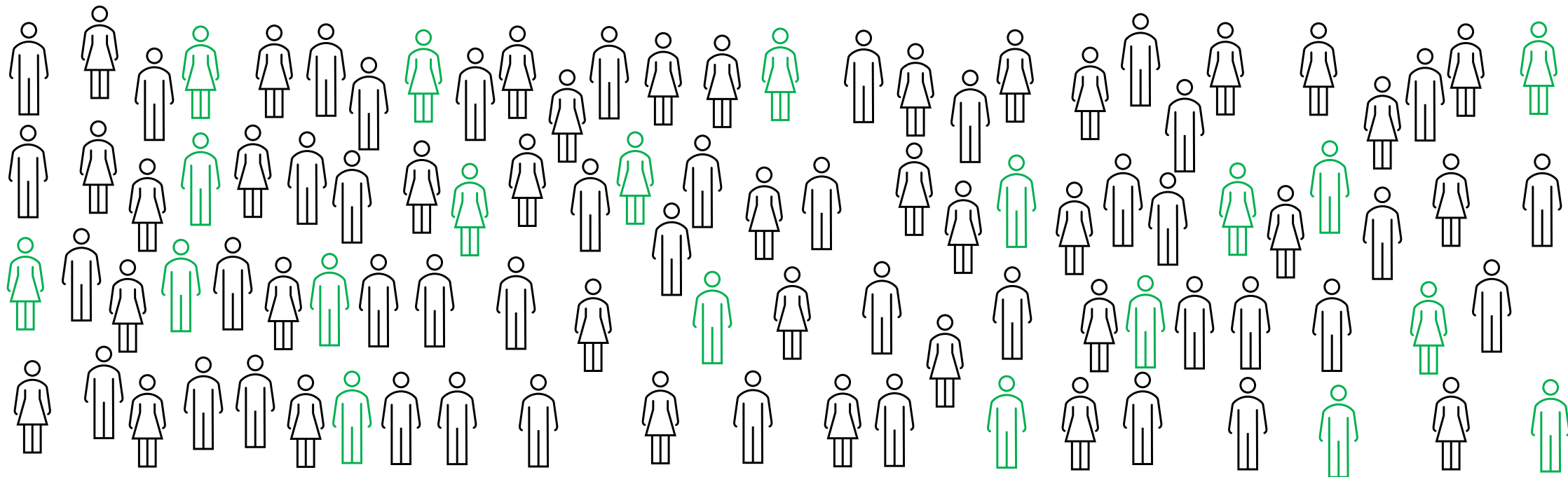


25-30%

En Suisse, chez ces 100 personnes en hémodialyse chronique ,
combien d'entre elles sont arrivées en dialyse à cause du diabète ?



En Suisse, chez ces 100 personnes en hémodialyse chronique ,
combien d'entre elles sont arrivées en dialyse à cause du diabète ?



20%

6 Primary renal disease

The following graph shows the frequency (%) of original renal disease in prevalent patients (given for those with a frequency ≥ 1 percent) in the year 2024.

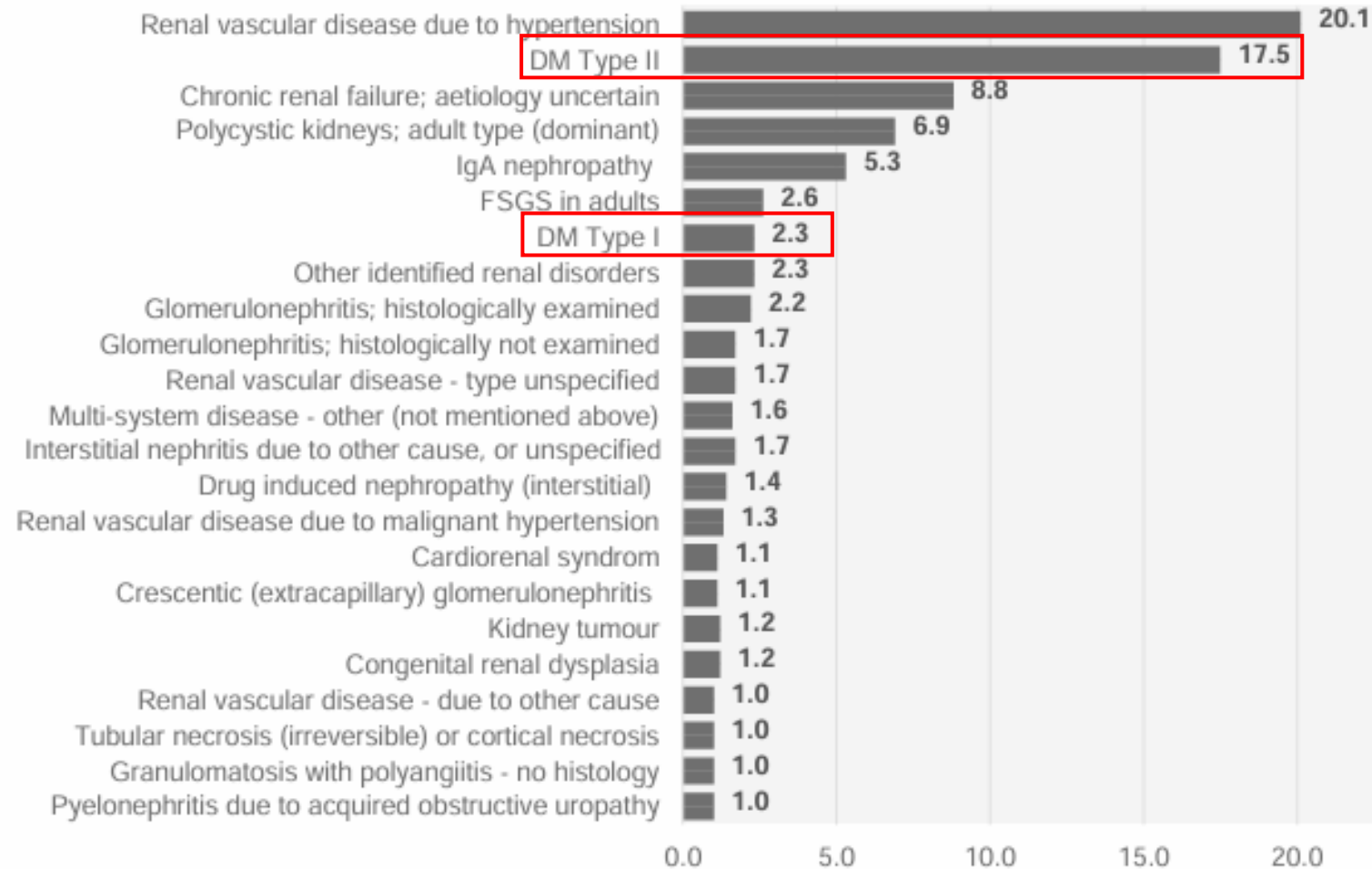


Figure 8

Au centre d'hémodialyse du CHUV, quelle est la proportion des patients diabétiques?



53%

Après combien d'année d'évolution du diabète la maladie rénale diabétique peut elle survenir?

Au moins 5-7 ans avec un mauvais contrôle glycémique

Monsieur M, 49 ans, vivant avec un DT2 depuis 8 ans est inquiet par rapport aux complications du diabète, en particulier rénales car sa mère était diabétique et elle est décédée au stade de dialyse.

Son bilan annuel récent a mis en évidence pour la 1ère fois une albuminurie sans insuffisance rénale.

Quelles premières informations/Quels conseils lui donner à ce stade ?

- Prévalence (fréquence) de la maladie rénale diabétique?
- Dépistage/confirmation?
- Risque de déclin de la fonction rénale jusqu'à l'insuffisance rénale terminale?
- Moyens de prévention du déclin de la fonction rénale ?

Dépistage de la maladie rénale diabétique

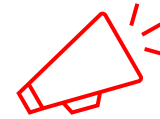
Quand ?

DT2: 1x/an dès le diagnostic
(DT2 maladie silencieuse, diagnostic parfois tardif)

DT1: 1x/an dès le diagnostic
après 5 ans du diagnostic (sauf si doute sur la typologie, DT1 à l'adolescence)

comment?

Créatinine, eGFR CKD EPI



Albuminurie

Rapport albumine/créatinine urinaire RAC
(spot urinaire)

albuminurie <0 chez 30% des DT2 avec CKD

Monsieur M, 49 ans, vivant avec un DT2 depuis 8 ans est inquiet par rapport aux complications du diabète, en particulier rénales car sa mère était diabétique et elle est décédée au stade de dialyse.

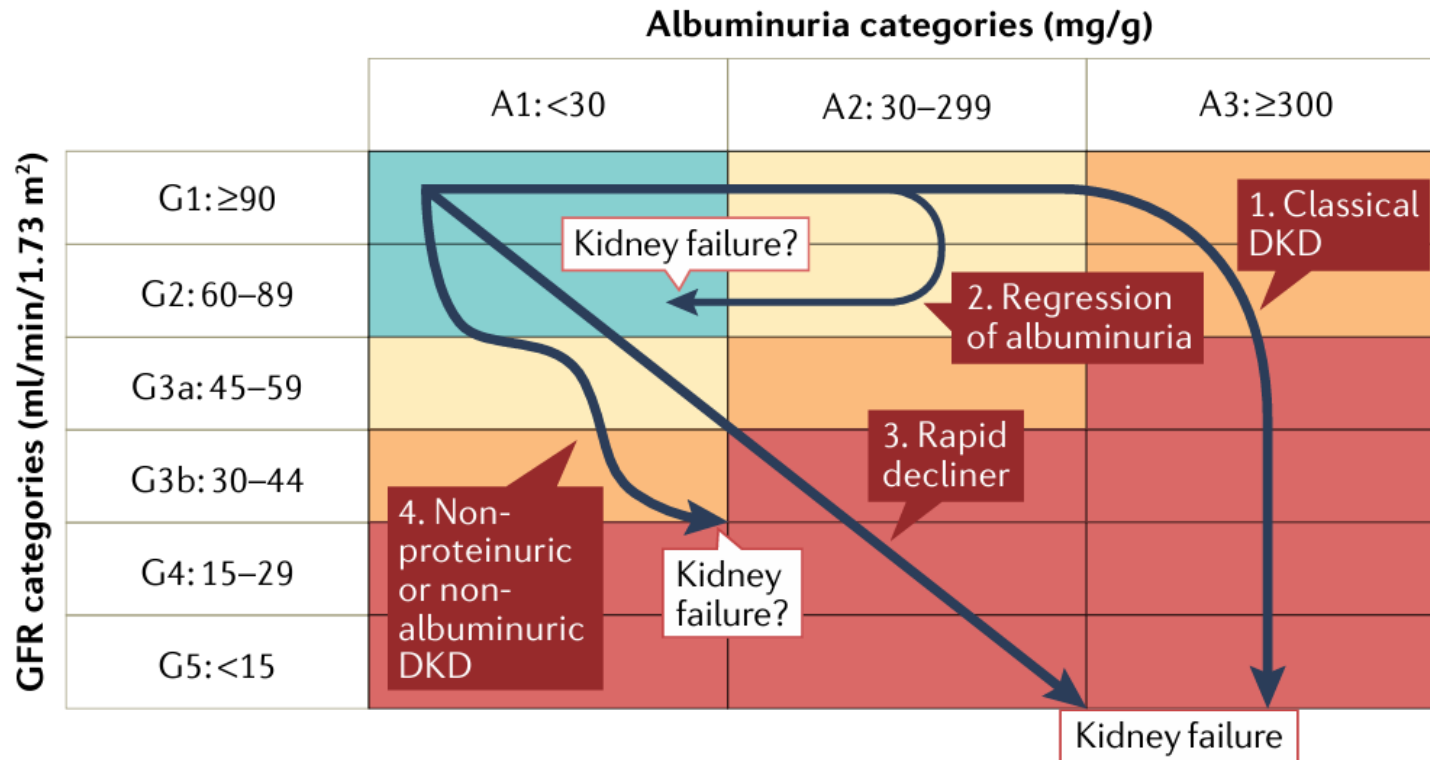
Son bilan annuel récent a mis en évidence pour la 1ère fois une albuminurie sans insuffisance rénale.

Quelles premières informations/Quels conseils lui donner à ce stade ?

- Prévalence (fréquence) de la maladie rénale diabétique?
- Dépistage/confirmation?
- Risque de déclin de la fonction rénale jusqu'à l'insuffisance rénale terminale?
- Moyens de prévention du déclin de la fonction rénale ?

Trajectoires de l'atteinte rénale diabétique

l'albuminurie est un FR très fort de progression vers l'IRC terminale



Albuminurie A2 :

- peut être réversible (1/3),
- Rester stable (1/3)
- progresser en A3 (1/3)

Une fois stade A3:

en général progression vers IRC

Toxicité sur les cellules du tube proximal (*via charge en lipides oxydés et saturés, et toxicité cellulaire directe de l'albumine*)

Un patient diabétique avec une complication rénale a plus de probabilité de décéder de:

- L'insuffisance rénale terminale ?
- Maladie cardiovasculaire ?

Un patient diabétique avec une complication rénale a plus de probabilité de décéder de:

- L'insuffisance rénale terminale ?
- Maladie cardiovasculaire ?

La maladie rénale diabétique est un facteur de risque indépendant de mortalité cardiovasculaire

**Diabète + A3 sans IR
CKD G3a + A2 = Très haut RCV
CKD G3b-G5**

Patients with type 2 diabetes mellitus			
Patients with type 1 DM above 40 years of age may also be classified according to these criteria	Patients with well controlled short-standing DM (e.g. <10 years), no evidence of TOD and no additional ASCVD risk factors	Moderate-risk	N/A
	Patients with DM without ASCVD and/or severe TOD, and not fulfilling the moderate risk criteria.	High-risk	Residual 10-year CVD risk estimation after general prevention goals (e.g. with the ADVANCE risk score or DIAL model). Consider lifetime CVD risk and benefit estimation of risk factor treatment (e.g. DIAL model).
	Patients with DM with established ASCVD and/or severe TOD: ^{87, 93-95} • eGFR <45 mL/min/1.73 m² irrespective of albuminuria • eGFR 45-59 mL/min/1.73 m² and microalbuminuria (ACR 30 -300 mg/g) • Proteinuria (ACR >300 mg/g) • Presence of microvascular disease in at least 3 different sites (e.g. microalbuminuria plus retinopathy plus neuropathy)	Very high-risk	Residual 10-year CVD risk estimation after general prevention goals (e.g. with the SMART risk score for established CVD or with the ADVANCE risk score or with the DIAL model). Consider lifetime CVD risk and benefit estimation of risk factor treatment (e.g. DIAL model).

Monsieur M, 49 ans, vivant avec un DT2 depuis 8 ans est inquiet par rapport aux complications du diabète, en particulier rénales car sa mère était diabétique et elle est décédée au stade de dialyse.

Son bilan annuel récent a mis en évidence pour la 1ère fois une albuminurie sans insuffisance rénale.

Quelles premières informations/Quels conseils lui donner à ce stade ?

- Prévalence (fréquence) de la maladie rénale diabétique?
- Dépistage/confirmation?
- Risque de déclin de la fonction rénale jusqu'à l'insuffisance rénale terminale?
- Moyens de prévention du déclin de la fonction rénale ?

Prévention de la maladie rénale diabétique



Prévention primaire:

Empêcher l'apparition de l'albuminurie/IRC



Prévention secondaire:

- Ralentir le déclin de la fonction rénale si IRC
- Diminuer le risque cardiovasculaire lié à l'atteinte rénale par le traitement intensif de tous les facteurs de risque CV

Les cibles mécanistiques de la prévention de l'atteinte rénale diabétique



Hyperglycémie chronique

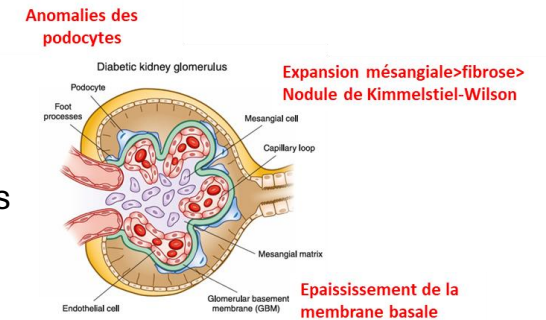
Altérations métaboliques/inflammatoires et hémodynamiques du glomérule (capillaires et cellules mésangiales)

AGEs (Advanced Glycation End Products)
Reactive oxygen species (ROS)
Activation de la voie de la protéine kinase C

Hyperfiltration glomérulaire :
activation SRAA > vasoconstriction de l'a. efférente
perte du rétrocontrôle tubulo-glomérulaire > vasodilatation de l'a. afférente

Glomérulomégalie

- épaississement de la membrane basale
- expansion mésangiale/fibrose de la matrice extracellulaire (glomérulosclérose)
- altération des podocytes et effacement des pieds des podocytes > décollement des podocytes



Augmentation de la perméabilité de la barrière de filtration glomérulaire

Protéinurie (albuminurie)

Inflammation/fibrose tubulo-interstitielle

Insuffisance rénale terminale

Prévention primaire de la maladie rénale diabétique



Contrôle glycémique strict et précoce dès le diagnostic (legacy effect/mémoire glycémique ou métabolique)



Contrôle stricte de l'HTA traitée <130/80 mmHg (si bien toléré)

Prévention primaire de la maladie rénale diabétique



Contrôle glycémique strict et précoce dès le diagnostic (legacy effect/mémoire glycémique ou métabolique)

HbA1C < 7%

- **DCCT (DT1 récent):**
 - ↘ 50% incidence de l'insuffisance rénale.
- **DCCT-EDIC (suivi jusqu'à 30 ans après fin de l'étude et malgré un contrôle glycémique moins bon A1C 8%):**
 - ↘ 50% complications microvasculaire sévères incluant rénales.
- **UKPDS (DT2 inaugural):**
 - ↘ 25% des complications microvasculaires y.c rénales

Pas de supériorité d'une classe d'antidiabétique (étude GRADE, mais SGLT2i non étudié)

Prévention primaire de la maladie rénale diabétique



Contrôle glycémique strict et précoce dès le diagnostic, legacy effect à long terme)

Quelle est la cible de Time In Range TIR (3.9-10 mmol/l) sur les sensors glycémiques (CGM) qui est corrélée avec le risque de complications microvasculaires?

Pas de données aussi robustes que l'étude DCCT(avec l'HbA1C), mais

de plus en plus de données qui montrent une bonne corrélation entre TIR et complications du diabète,

assez comparable que celle avec l'HbA1C

Prévention primaire de la maladie rénale diabétique



Contrôle glycémique strict et précoce dès le diagnostic, legacy effect à long terme)

Quelle est la cible de Time In Range TIR (3.9-10 mmol/l) sur les sensors glycémiques (CGM) qui est corrélée avec le risque de complications microvasculaires?

515 adultes DT1 sous pompe (Belgique, prospectif)

Données CGM des 14 premiers jours du début du suivi

suivi 2 ans

Corrélation entre HbA1C, paramètres CGM (TIR, CV) et fréquence des complications microvasc présentes au début de l'étude

End points 2res composites:
Complications micro et macrovasc, et
Hospitalisations pour hypoglycémie ou DKA

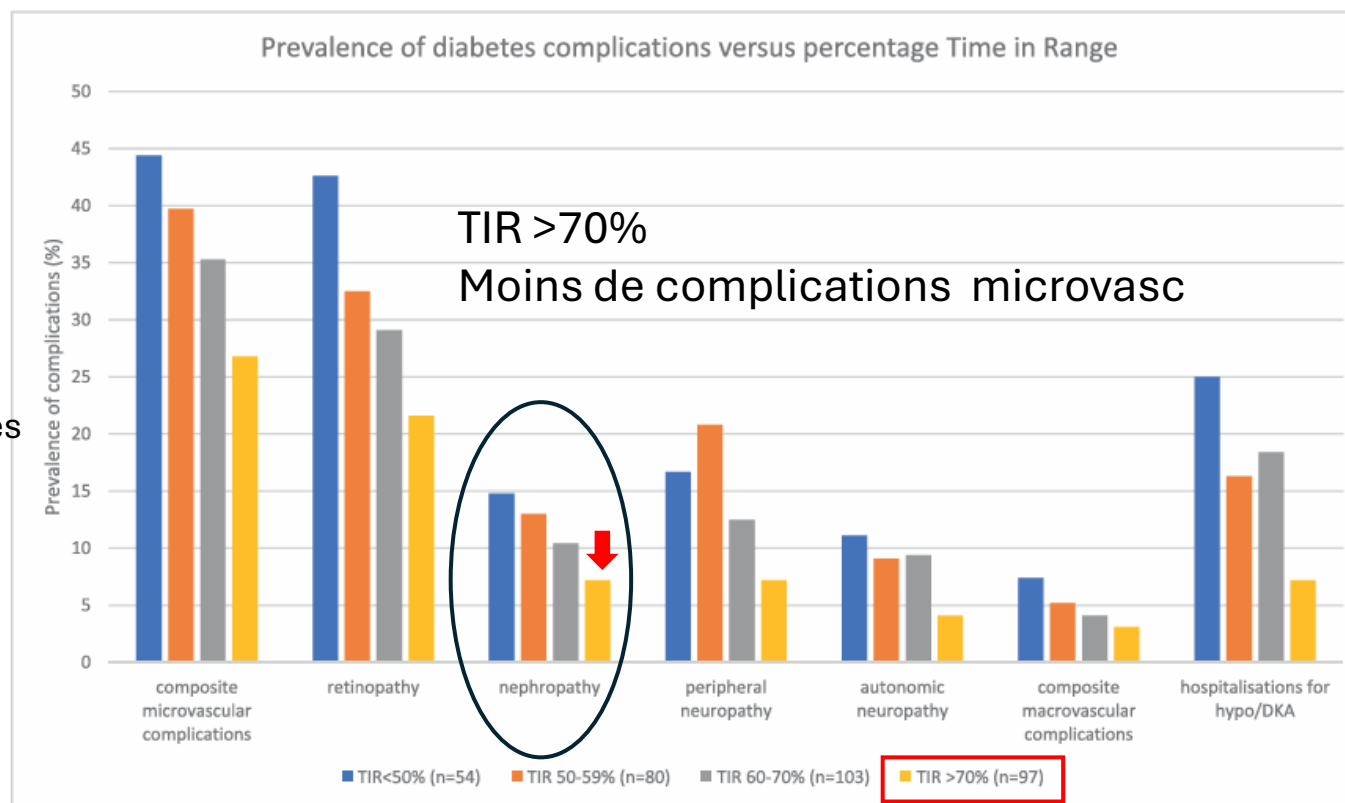


Figure 2. Prevalence of complications versus percentage of time spent in optimal range (70-180 mg/dL or 3.9-10.0 mmol/L).

Prévention primaire de la maladie rénale diabétique



Contrôle glycémique strict et précoce dès le diagnostic, legacy effect à long terme)

Quelle est la cible de Time In Range TIR (3.9-10 mmol/l) sur les sensors glycémiques (CGM) qui est corrélée avec le risque de complications microvasculaires?



The Virtual DCCT: Adding Continuous Glucose Monitoring to a Landmark Clinical Trial for Prediction of Microvascular Complications ()

Mesures «virtuelles» de CGM établies d'après les glycémies mesurées durant les 14j précédant la mesure de l'HbA1C dans l'étude DCCT
Corrélation mesures virtuelles CGM au risque des complications microvasculaires

Groupe contrôle intensif (HbA1C moyenne 7.2%): TIR >60%

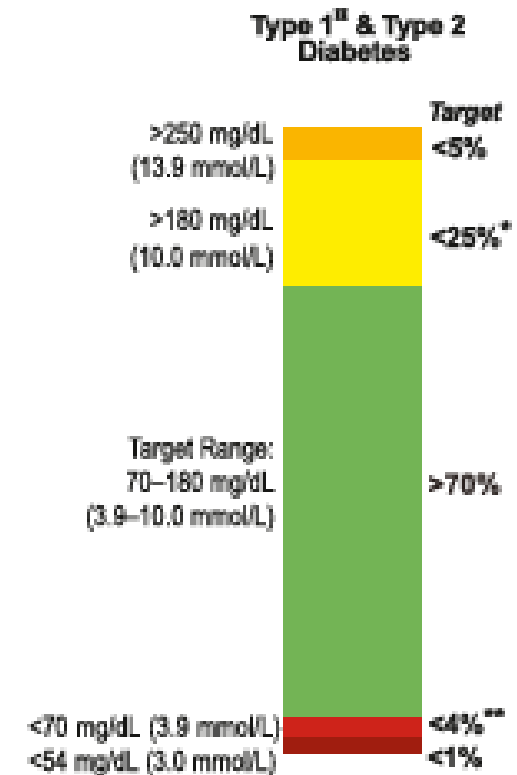
Groupe contrôle standard (hbA1C moyenne 9.1%): TIR <40%

Le TIR prédit le risque d'albuminurie de la même façon que l'HbA1C

Prévention primaire de la maladie rénale diabétique

- Contrôle glycémique stricte

- HbA1C <7% (*+/--stricte ou souple selon Âge, comorbidités, risque hypoglycémique...*)
- Time In Range (3.9-10 mmol/l) >70%
- Bonne corrélation



Prévention secondaire de la maladie rénale diabétique



Ralentir le déclin vers l'insuffisance rénale chronique terminale

1- **contrôle glycémique optimal** (moins d'impact en cas d'IR avancée, attention risque hypoglycémique)

2- **médicaments néphroprotecteurs:**

- **Diminuer l'albuminurie :**
 - cible recommandée: réduire de $\geq 30\%$ l'albuminurie A3 pour ralentir le déclin de la maladie rénale (ADA 2026)
- Cible 1: Corriger les altérations hémodynamiques intraglomérulaires:
 - Cibler l'hyperfiltration glomérulaire
 - Rétablir le rétrocontrôle tubulo-glomérulaire
- Cible 2: le stress oxydatif/inflammation et la fibrose glomérulaire et tubulaire

3- **contrôler les autres facteurs de risque cardiovasculaires dans une prise en charge **holistique****

- HTA++
- obésité, tabac, dyslipidémie, sédentarité (mesures de style de vie +++)
- Enseignement thérapeutique (ateliers patients)

Les 4 piliers de la néphroprotection (2re) des patients DT2



RAS inhibiteurs

SGLT2i

**nsMRA
(finérénone)**

**GLP1 R-agonistes
(semaglutide) depuis 2025**



- **40 %**
- **(NNT 1/19-28)**

- **18%**
- **NNT 1/31**
sur 2.6 ans

- **24%**
- **NNT 1/20 sur 3 ans**

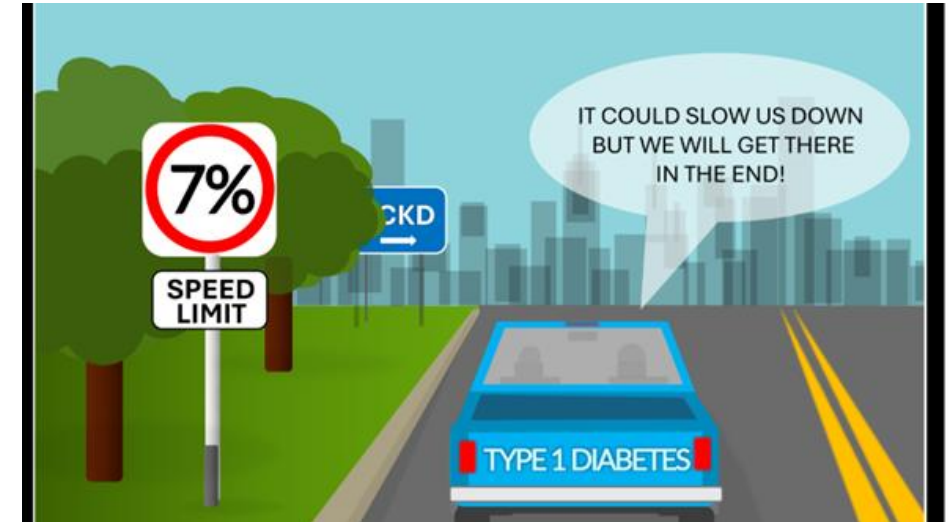
▼ critère composite rénal
(patient avec atteinte rénale
à haut/très haut risque)

- en add-on du tt néphroprotecteur conventionnel (RASi)

Néphroprotection dans le DT1 ?

Quelle est la place des 4 piliers ?

- IEC/Sartan: les seuls recommandés
- SGLT2i
- GLP1 agonistes
- finérénone



Quelle est la place des SGLT2i pour la néphroprotection dans le DT1 ?

- Actuellement non recommandés (peut x2-3 risque acidocétose diabétique)
- Mais des données récentes ont montré un effet sur la réduction de l'albuminurie

Study	Study population	Active treatment	n (estimated)		Primary kidney outcome
			Active	Comparator	
EASE2 (NCT02414958) and EASE3 (NCT02580591) ⁶⁵	T1D	Empagliflozin 2.5/10/25 mg od ^d	1221	484	In participants with baseline UACR 30 mg/g, <u>UACR decreased by 55% with empagliflozin 25 mg versus 36% with placebo at 26 weeks (p = 0.02)</u>
Tandem3 (NCT02531035) ⁶⁶	T1D	Sotagliflozin 400 mg od SGLT1 et 2 co-inhibiteur	699	703	In the subset of patients with UACR ≥3.4 mg/mmol, change in UACR (– 20.3% [95% CI, –37.2 to 1.1]) was <u>not significant (p = 0.061)</u>
DEPICT-1 (NCT02268214) and DEPICT-2 (NCT02460978) ⁶⁷ Analyse post hoc)	T1D and albuminuria (UACR ≥30 mg/g)	Dapagliflozin 5/10 mg od	164	87	In participants with albuminuria at baseline, <u>dapagliflozin improved UACR over 52 weeks</u> . Mean difference in change from baseline versus placebo at 52 weeks: dapagliflozin 5 mg, –13.3% (95% CI, –37.2 to 19.8); dapagliflozin 10 mg –31.1% (95% CI, –49.9 to –5.2).

Tuttle K.... Matthieu. Diabetes Obes Metab. 2026;28:16–26.
Taylor SI et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(12):949-958
Rosenstock et al. Diabetes Care. 2018;41(12):2560-2569.
KDIGO Guidelines. Kidney Int. 2024;105(4S): S117-S314.
ADA 2026. Diabetes Care Suppl 1

Quelle est la place des SGLT2i pour la néphroprotection dans le DT1 ?

Études en cours (atteinte rénale plus sévère que les études déjà publiées)

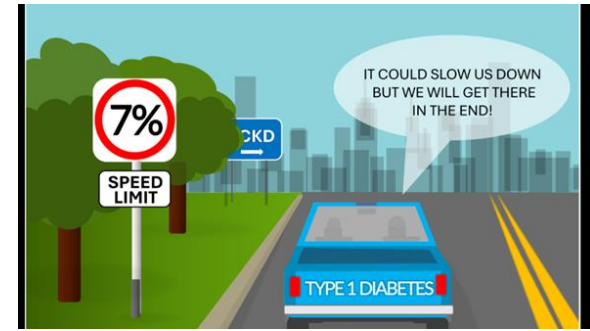
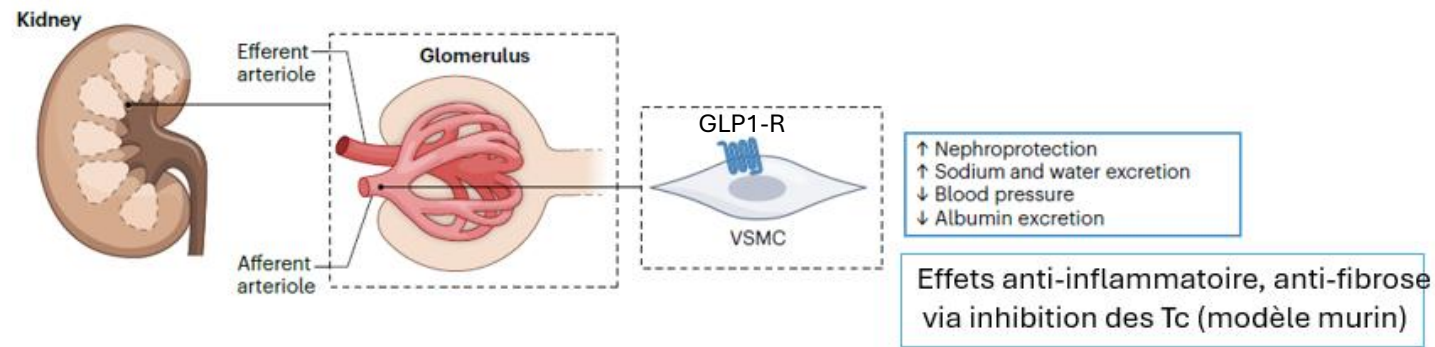
Study	Study population	Active treatment	n (estimated)		Primary kidney outcome
			Active	Comparator	
T2D 'pillar' treatments					
SUGAR-N-SALT ⁷² (NCT06217302)	T1D, UACR, ≥200 mg/g; eGFR 20–60 mL/min/1.73 m ²	Sotagliflozin 200 mg od	75	75	<u>eGFR</u> at the end of the 2-month washout period following the 3-year treatment period
PLUTO (NCT06147232)	T1D, UACR ≥100 mg/g; eGFR ≥25 to <75 mL/min/1.73 m ²	Sotagliflozin 200 mg ^b	69		Change from baseline to 12 weeks in <u>kidney blood oxygenation</u>

Tuttle K.... Matthieu. Diabetes Obes Metab. 2026;28:16–26.
Taylor SI et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(12):949-958
Rosenstock et al. Diabetes Care. 2018;41(12):2560-2569./ KDIGO Guidelines. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314.
ADA 2026. Diabetes Care Suppl 1

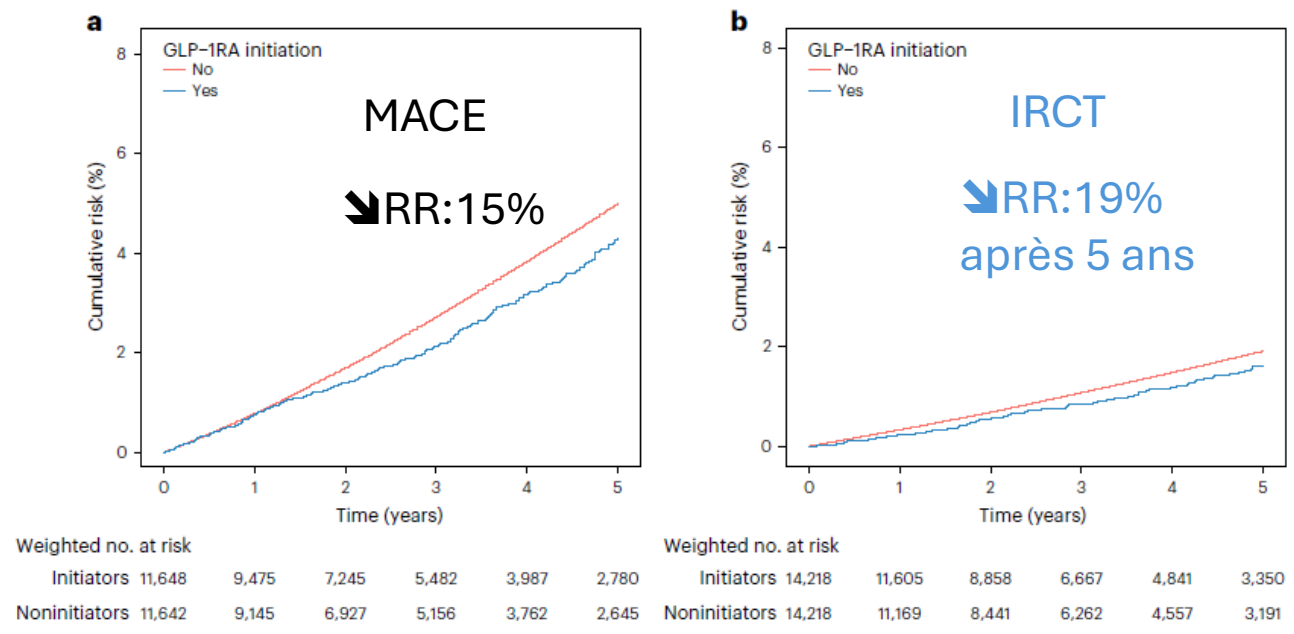
Perspectives pour les SGLT2i pour la néphroprotection dans le DT1 ?

- Patients sélectionnés: albuminurie sévère et rapidement progressive malgré un traitement néphroprotecteur conventionnel optimal, pas d'ATCD d'acido-cétose
- Suivi néphrologique spécialisé conjoint et coordonné (ex filière rein-diabète CHUV).
- Education thérapeutique rigoureuse pour minimiser le risque d'acido-cétose (sicks day rules).
- Surveillance des corps cétoniques plus facile avec les nouveaux sensors pour les corps cétonique (Continuous Ketone Monitoring CKM)
- Stratégie médicamenteuse pour minimiser le risque cétogène («antidote») comme pioglitazone (PPAR gamma, inhibe lipolyse) : en cours d'étude NCT03878459

Quelle est la place des GLP1 agonistes pour la néphroprotection dans le DT1 ?



Données observationnelles à partir des e-dossiers de santé
(méthode: Target trail emulation=
appliquer principe du design RCT à des données observationnelles)
174 000 patients DT1
2013-2024
Initiation de GLP1 RA: oui /non



Quelle est la place des GLP1 agonistes pour la néphroprotection dans le DT1 ?

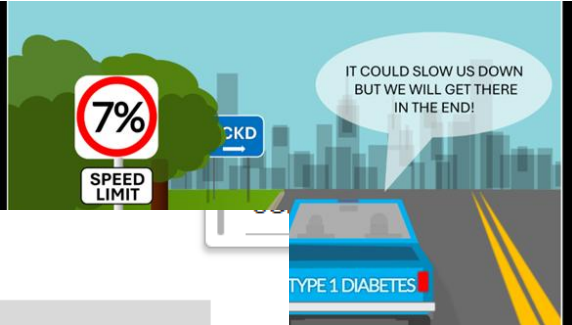
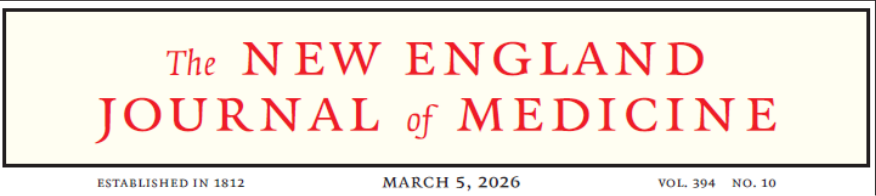


TABLE 2 Ongoing clinical trials with kidney outcomes in T1D.

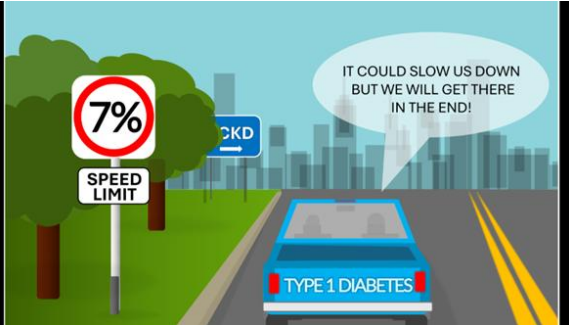
Study	Study population	Active treatment	n (estimated)		Primary kidney outcome
			Active	Comparator	
REMODEL-T1D ⁷⁸ (NCT05822609)	T1D, UACR ≥30 mg/g; eGFR ≥45 mL/min/1.73 m ²	Semaglutide 1.0 mg SC once weekly	30	30	Change in kidney oxygenation assessed by MRI from baseline to 26 weeks

Quelle est la place du finérénone pour la néphroprotection dans le DT1 ?



Finerenone in Type 1 Diabetes and Chronic Kidney Disease

Hiddo J.L. Heerspink, Ph.D.,^{1,2} Andreas L. Birkenfeld, M.D.,^{3,5} David Z.I. Cherney, M.D., Ph.D.,⁶ Helen M. Colhoun, M.D.,⁷ Per-Henrik Groop, M.D.,⁸ Linong Ji, M.D.,⁹ Niels Jongs, Ph.D.,² Chantal Mathieu, M.D.,¹⁰ Richard E. Pratley, M.D.,¹¹ Sylvia E. Rosas, M.D., M.S.C.E.,¹² Peter Rossing, M.D.,^{13,14} Jay S. Skyler, M.D.,¹⁵ Katherine R. Tuttle, M.D.,¹⁶ Robert Lawatscheck, M.D.,¹⁷ Meike Brinker, M.D.,¹⁸ Markus F. Scheerer, Ph.D.,¹⁹ Julie Russell, M.Sc.,²⁰ Patrick Schloemer, Ph.D.,²¹ and Janet B. McGill, M.D.,²² for the FINE-ONE Investigators*

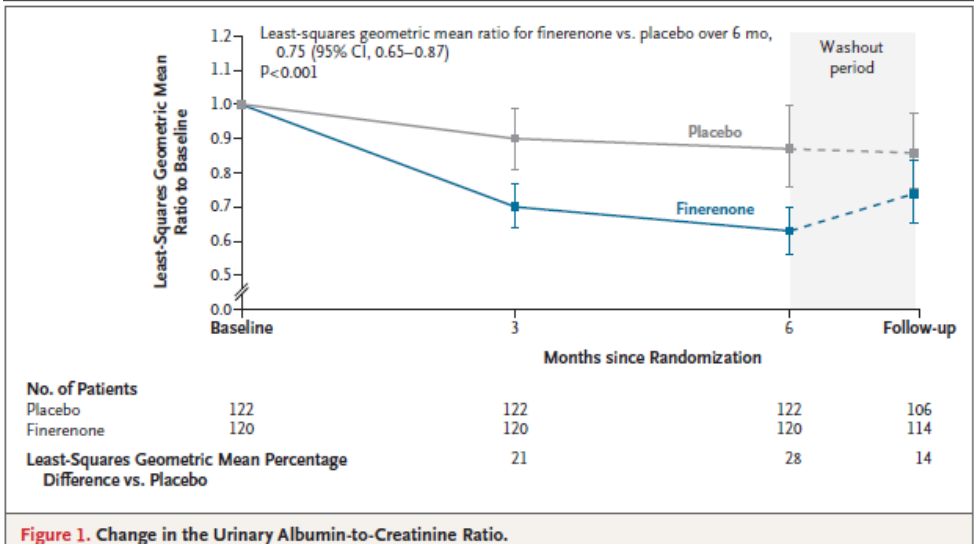


Etude FINE-ONE

242 adultes DT1
eGFR 25-90 ml/min + albuminurie R-A/C 20-500 mg/mmol
Traitement néphroprotecteur standard IEC ou sartan
Finérénone vs placebo
HbA1C 7.5% placebo et 7.8% finérénone.

Critère de jugement primaire: changement de l'albuminurie /6 mois

Réduction supplémentaire de 25% de l'albuminurie % placebo

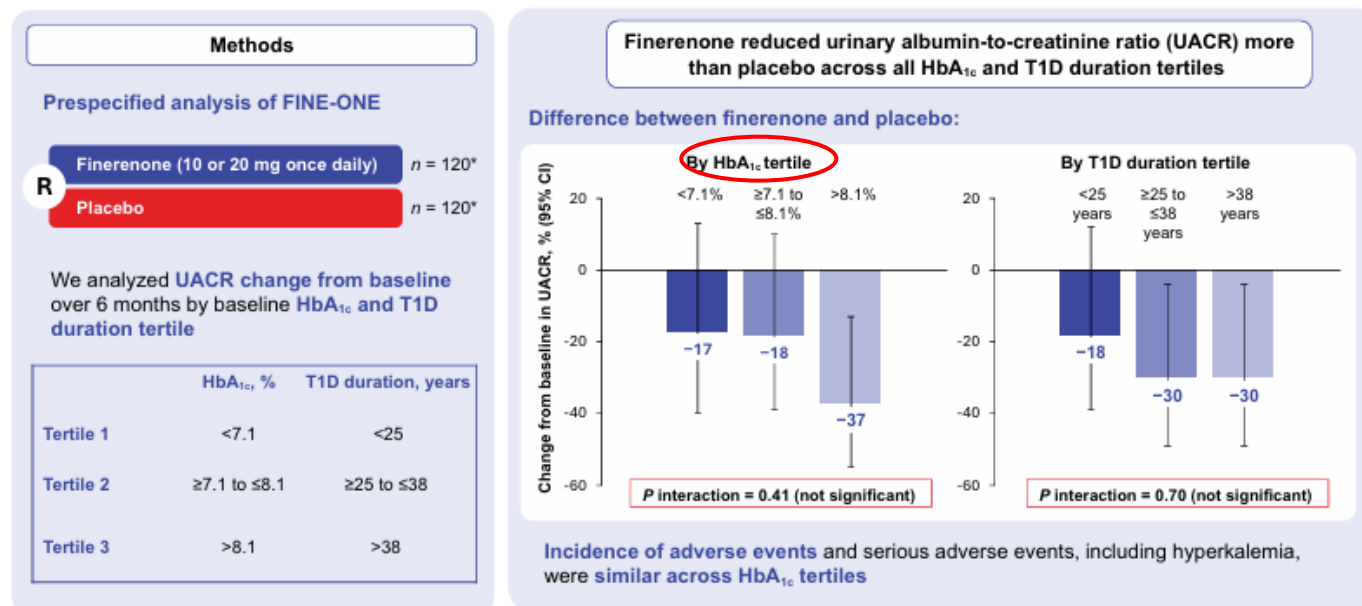


Effect of Finerenone on Albuminuria in Type 1 Diabetes by Baseline HbA_{1c} Level and Diabetes Duration: An Exploratory Analysis of the FINE-ONE Trial

Jelle M. Beernink, Hiddo J.L. Heerspink, Andreas L. Birkenfeld, David Z.I. Cherney, Helen M. Colhoun, Per-Henrik Groop, Linong Ji, Chantal Mathieu, Sylvia E. Rosas, Katherine R. Tuttle, Jay S. Skyler, Antonio J. Amor, M. Luiza Caramori, Paolo Fiorina, Niels Jongs, Uberto Pagotto, Emanuela Setola, Meike Brinker, Robert Lawatscheck, Julie Russel, Patrick Schloemer, Janet B. McGill, and Peter Rossing, for the FINE-ONE investigators

Diabetes Care 2026;49(8):1434–1441 | <https://doi.org/10.2337/dc26-0882>

Finerenone Reduced Albuminuria Over 6 Months and Was Well Tolerated in Adults With Type 1 Diabetes (T1D) and Chronic Kidney Disease Regardless of Baseline HbA_{1c} Levels or Diabetes Duration



*120 of 120 patients randomly assigned to finerenone and 120 of 122 patients randomly assigned to placebo in FINE-ONE had HbA_{1c} measurements at baseline and were included in this analysis.

Le bénéfice rénal de la finérénone chez les DT1 avec albuminurie est observé quelque soit la qualité du contrôle glycémique et la durée du diabète.

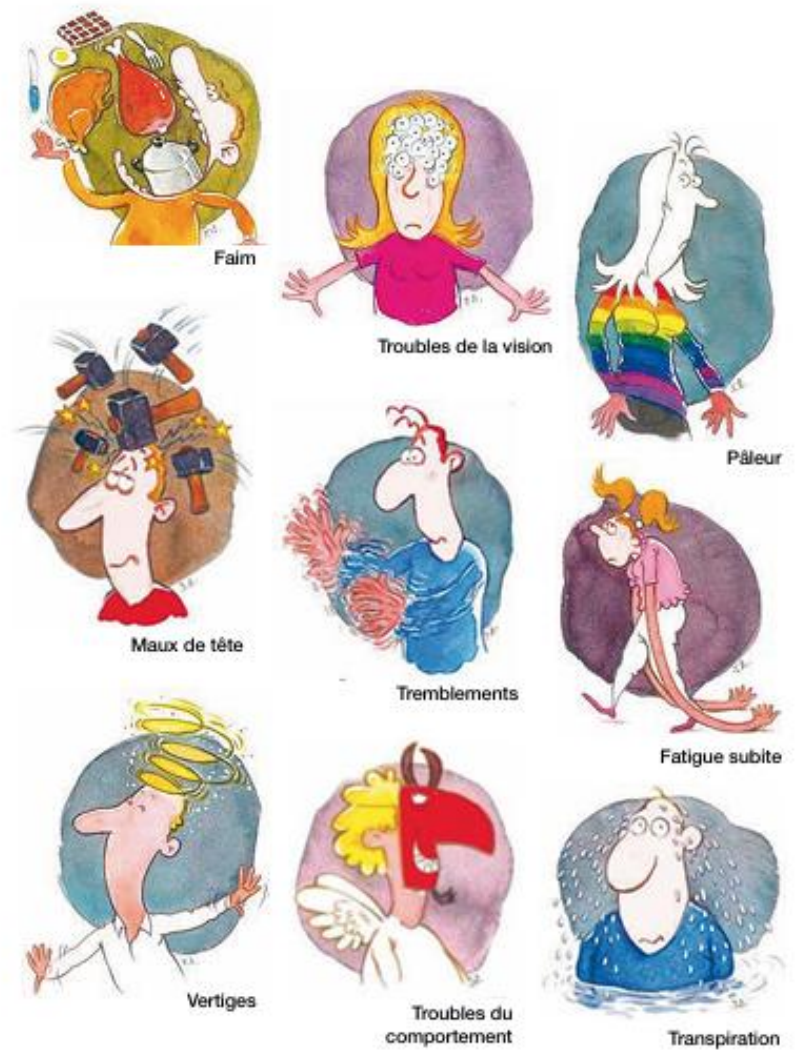
Quelle est la place de la combinaison des 4 piliers pour la néphroprotection dans le DT1 ?

Prise en charge multifactorielle

TABLE 2 Ongoing clinical trials with kidney outcomes in T1D.

Study	Study population	Active treatment	n (estimated)		Primary kidney outcome
			Active	Comparator	
T2D 'pillar' treatments					
Steno 1 ^{79,80} (NCT06082063)	T1D and UACR >30 mg/g, eGFR <60 mL/min/1.73 m ² , CVD, or HF, or obesity (BMI >35 kg/m ²), or >10% 5-year CVD risk ^c	Semaglutide 1 mg once weekly, sotagliflozin 200 mg, and finerenone 10–40 mg depending on indication ^d	1000	1000	Endpoint exploratoire <u>Composite of ESKD</u> (dialysis, death due to kidney causes, transplantation) a sustained eGFR <15 mL/min/1.73 m ² or >50% sustained decline in eGFR from baseline

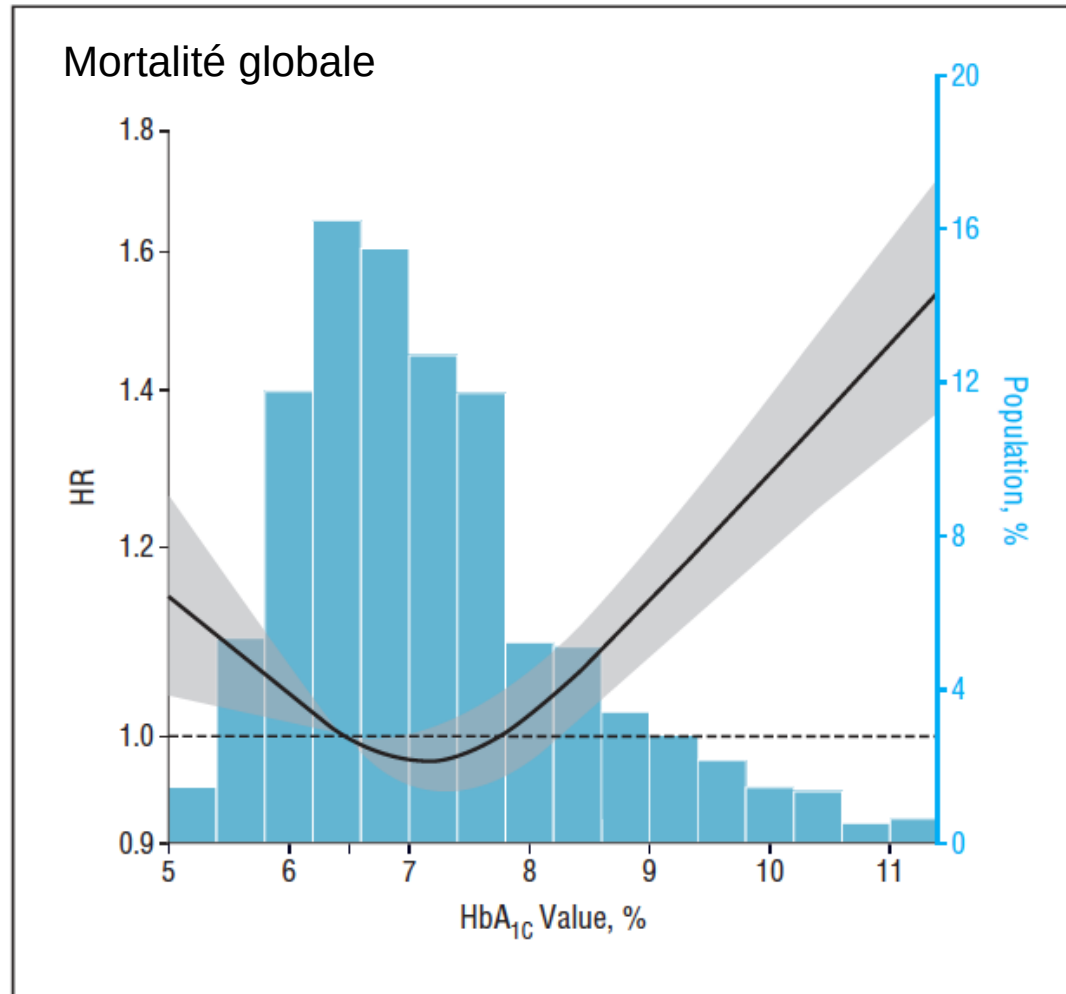
Particularité de la gestion des **hypoglycémies**
chez les patients diabétiques avec une
insuffisance rénale sévère



Prévention des hypoglycémies: un challenge particulier en cas d'IRC avancée chez les patients diabétiques insulinorequérants.

- Risque hypoglycémique accru surtout si eGFR<30 ml/min
- Hypoglycémie diabétique <3.9 mmol/l (seuil <5 mmol/l, patients dialysés)
 - Accumulation de médicaments hypoglycémiants (diminution de la clairance rénale de certains antidiabétiques yc insuline)
 - Diminution de la néoglucogénèse rénale
 - Etat de dénutrition dans l'insuffisance rénale avancée surtout G4-G5

Le contrôle glycémique trop intensif peut être dangereux chez le sujet diabétique avec une atteinte rénale stade 4 (eGFR<30ml/min).



Définition de **cibles** glycémiques **CGM** moins strictes pour les patients diabétiques avec insuffisance rénale sévère (<30 ml/min)

Table 4 | Potential glycemic targets for people with diabetes and CKD who use CGM

CKD stage	Time in range (TIR %)	Time below range (TBR %)	Time above range (TAR %)
CKD G1–G3b	• ≥70% of time between 70–180 mg/dl (3.9–10.0 mmol/l)	• <4% of time <70 mg/dl (<3.9 mmol/l) • <1% of time <54 mg/dl (<3.0 mmol/l)	• <25% of time >180 mg/dl (>10.0 mmol/l) • <5% of time >250 mg/dl (>13.9 mmol/l)
CKD G4–G5	• ≥50% of time between 70–180 mg/dl (3.9–10.0 mmol/l)	• <1% of time <70 mg/dl (<3.9 mmol/l)	• <35% of time >180 mg/dl (>10.0 mmol/l) • <14% of time >250 mg/dl (>13.9 mmol/l)

CKD, chronic kidney disease. In addition to CKD stage, other factors may also influence choice of targets, including factors that affect both anticipated benefits of intensive glycemic management with regards to multiple diabetes complications and anticipated risks of hypoglycemia.

In line with the International Consensus on Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring, these targets use TIR, TBR, and TAR to guide individualized glycemic management.¹¹⁹ Maintaining higher TIR reduces the risk of diabetes-related complications, while limiting TBR is critical to prevent hypoglycemia and its adverse consequences.

Different targets may be appropriate for earlier (CKD G1–G3b) versus advanced CKD (G4–G5 or dialysis) because advanced CKD is associated with reduced insulin clearance and increased risk of severe hypoglycemia.^{108–111} For people with diabetes and CKD, other factors may also influence individualized targets, including factors that affect both anticipated benefits of intensive

Guidelines KDIGO 2026
en cours de révision



KDIGO 2026 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR DIABETES AND CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)

CHAPTER 1, CHAPTER 2, & CHAPTER 4 UPDATE

PUBLIC REVIEW DRAFT
MARCH 2026

Atelier d'éducation thérapeutique pour mieux comprendre sa maladie rénale

Dina Nobre. infirmière clinicienne en Néphrologie CHUV

Pourquoi ce projet ?

Nos objectifs:

Renforcer l'autonomie des patients atteints de maladie rénale.

Améliorer les connaissances sur:

- la physiopathologie
- les mesures d'hygiène de vie
- la reconnaissance des symptômes
- le rôle des traitements

Favoriser un espace d'échange et de partage.



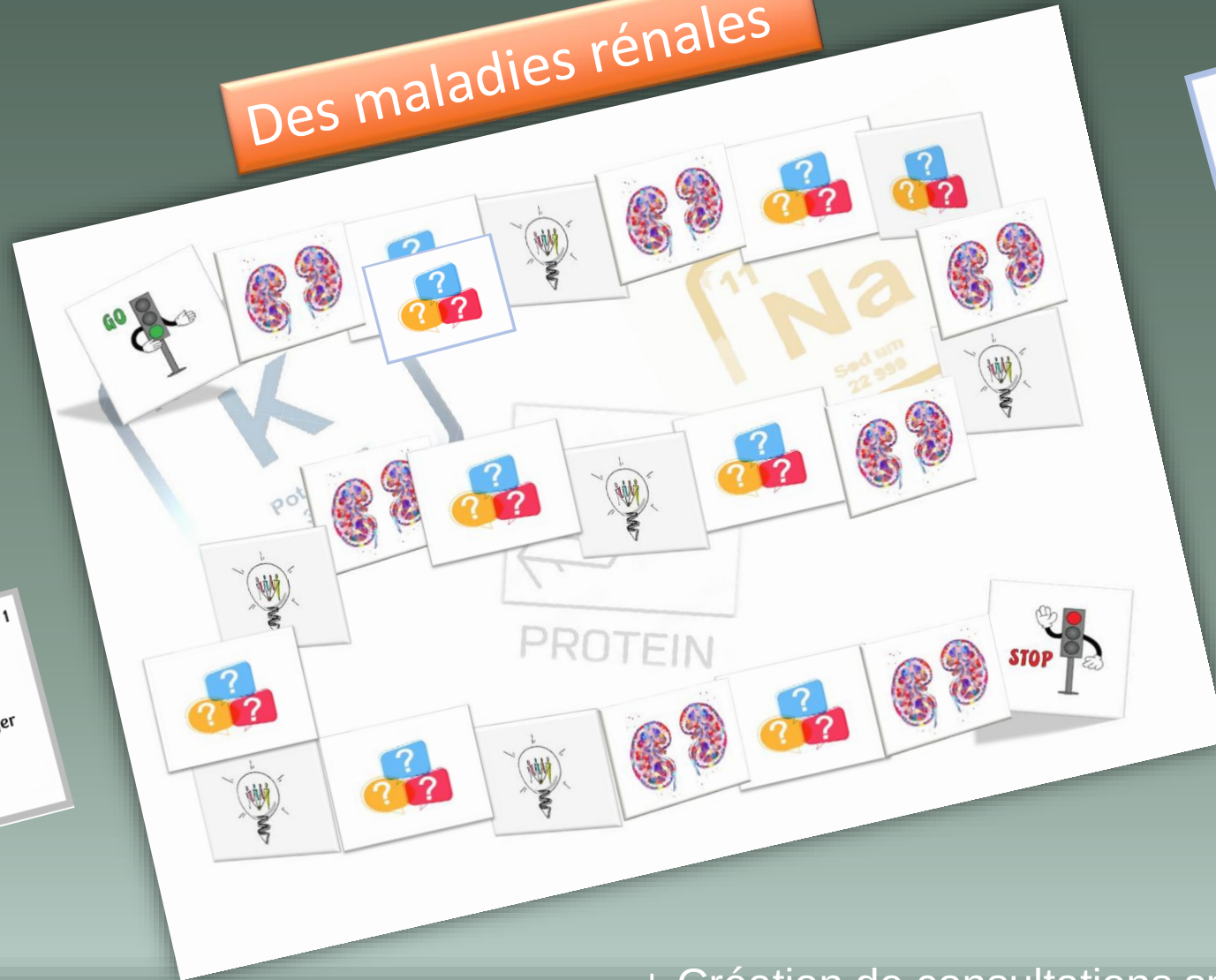
Création de 4 ateliers d'éducation thérapeutique

Des maladies rénales



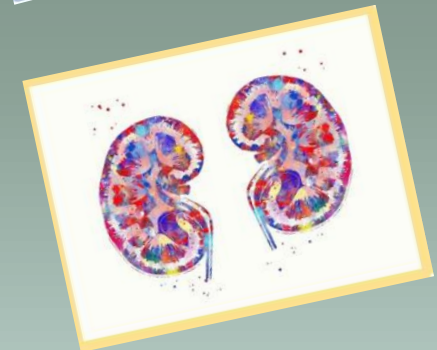
Le saviez-vous ? +1

L'alimentation réduite en protéine permet de protéger les reins.



Question : +3

Tous les patients avec une maladie rénale doivent limiter leur apport en potassium ?



**Je pense que cet atelier est important
parce qu'il nous permet**

Journée mondiale du rein

Stand de dépistage gratuit au centre commercial Métropole Lausanne



Glycémie

Informations

Conseils

Bandelette urinaire

Pression artérielle

→ Les personnes étaient surprises d'apprendre que la maladie rénale pouvait passer inaperçue

Marathon de Lausanne: Un projet pilote



*«Notre rôle n'est pas seulement de soigner, mais aussi
de prévenir les maladies chroniques».*

Pr Dela Golshayan & Dr Schwotzer

Les patients sont devenus nos coéquipiers!

Perspectives

- Création d'atelier refresh
- Extension des ateliers aux patients en hémodialyse
- Et patients vivant avec un diabète (en collaboration avec inf DIA EDM, thèmes : prévention de la maladie rénale diabétique, risque hypoglycémique plus élevé en cas d'IRC, comment ralentir la progression de la maladie rénale diabétique) etc
- Pérenniser la participation à la journée mondiale du rein et étendre le dépistage à 3x/année
- Pérenniser la participation aux événements sportifs (objectif 20km de Lausanne, Avril 2026)
- Rédiger un article de presse

«Ensemble, faisons du soin un projet partagé»

Merci pour votre attention

