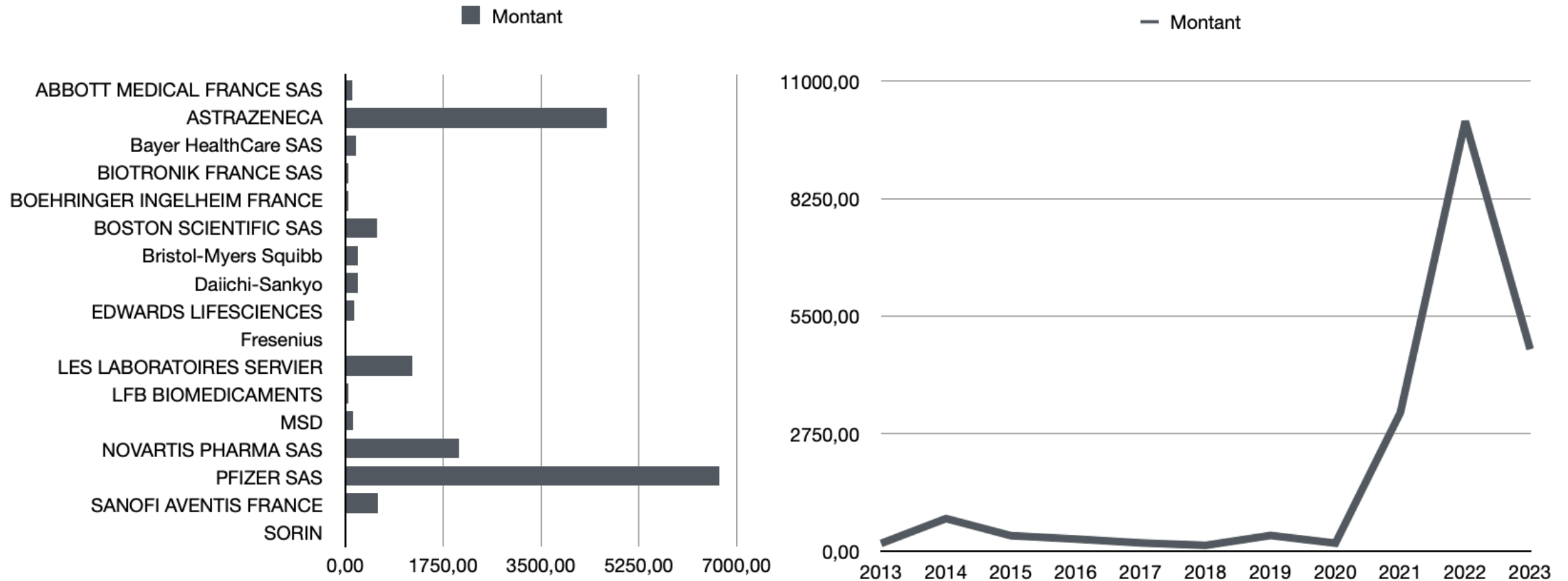


cœur et rein

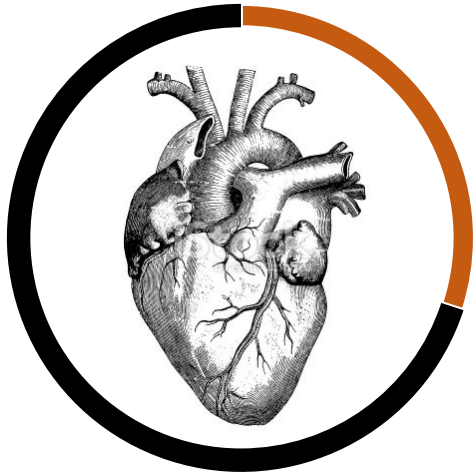
point de vue du cardiologue libéral

DUMMIES

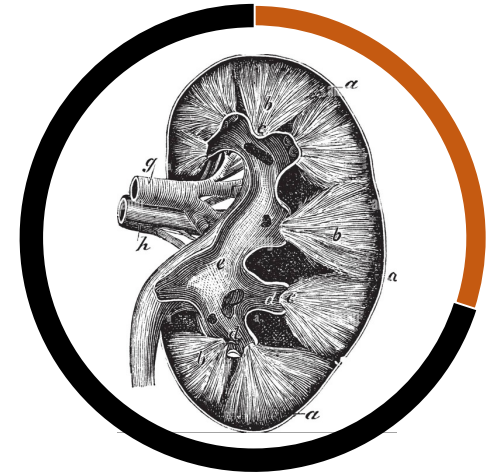
conflits d'intérêts



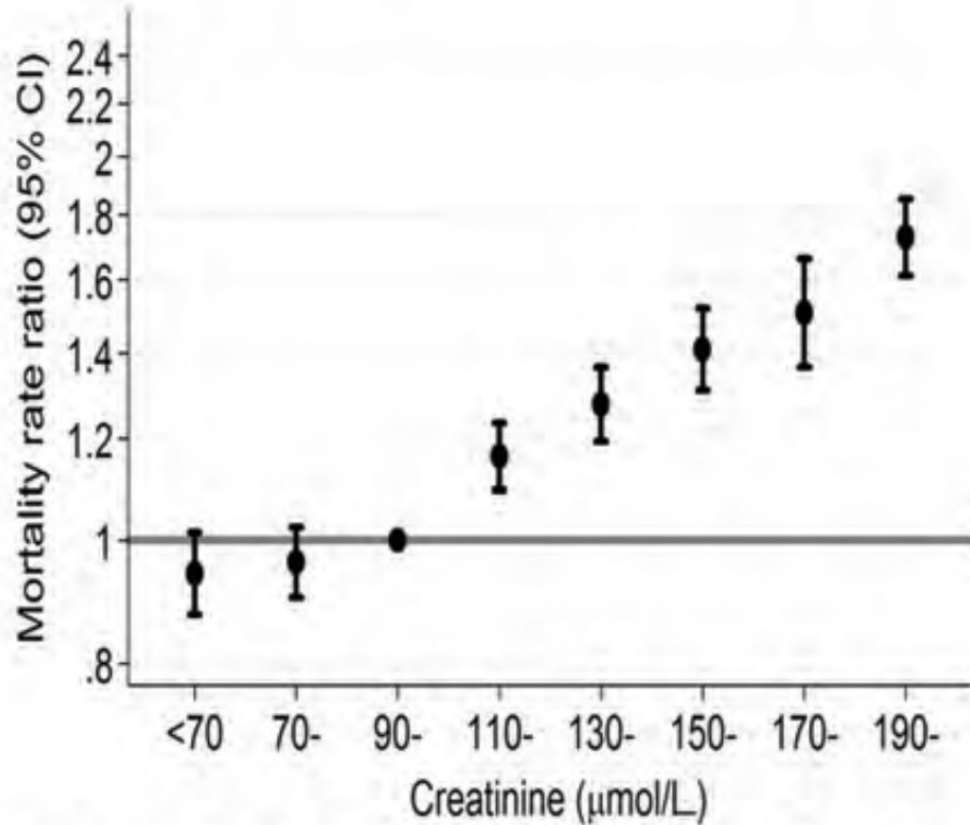
épidémiologie > fréquence



30%



épidémiologie > gravité creat



creat 250 v. 90

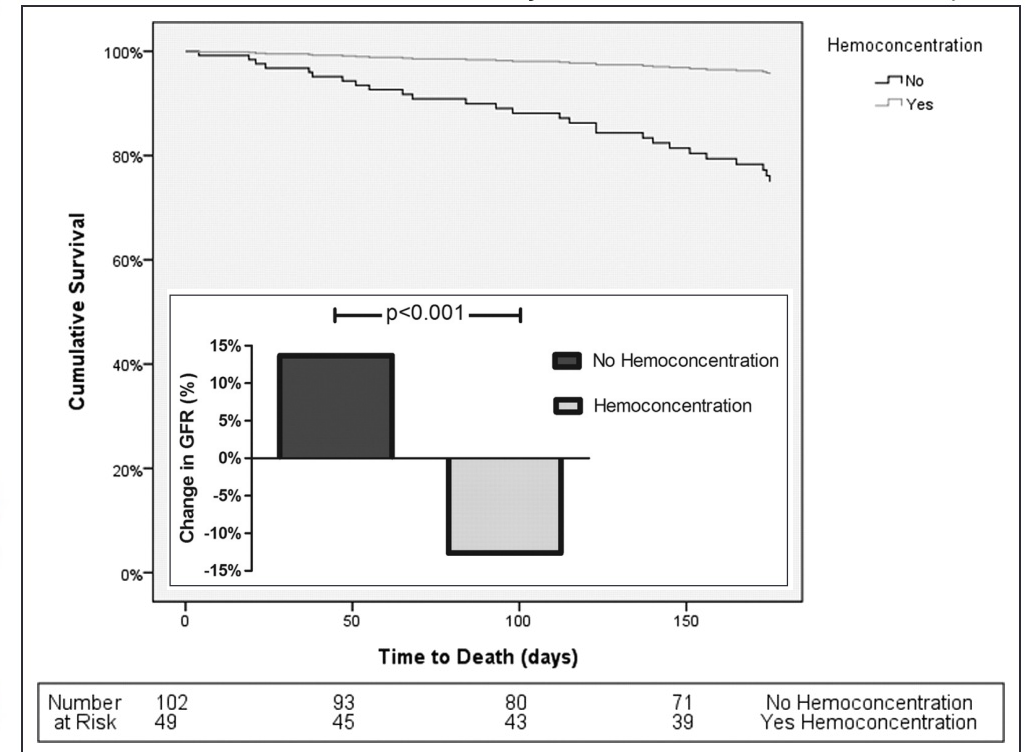
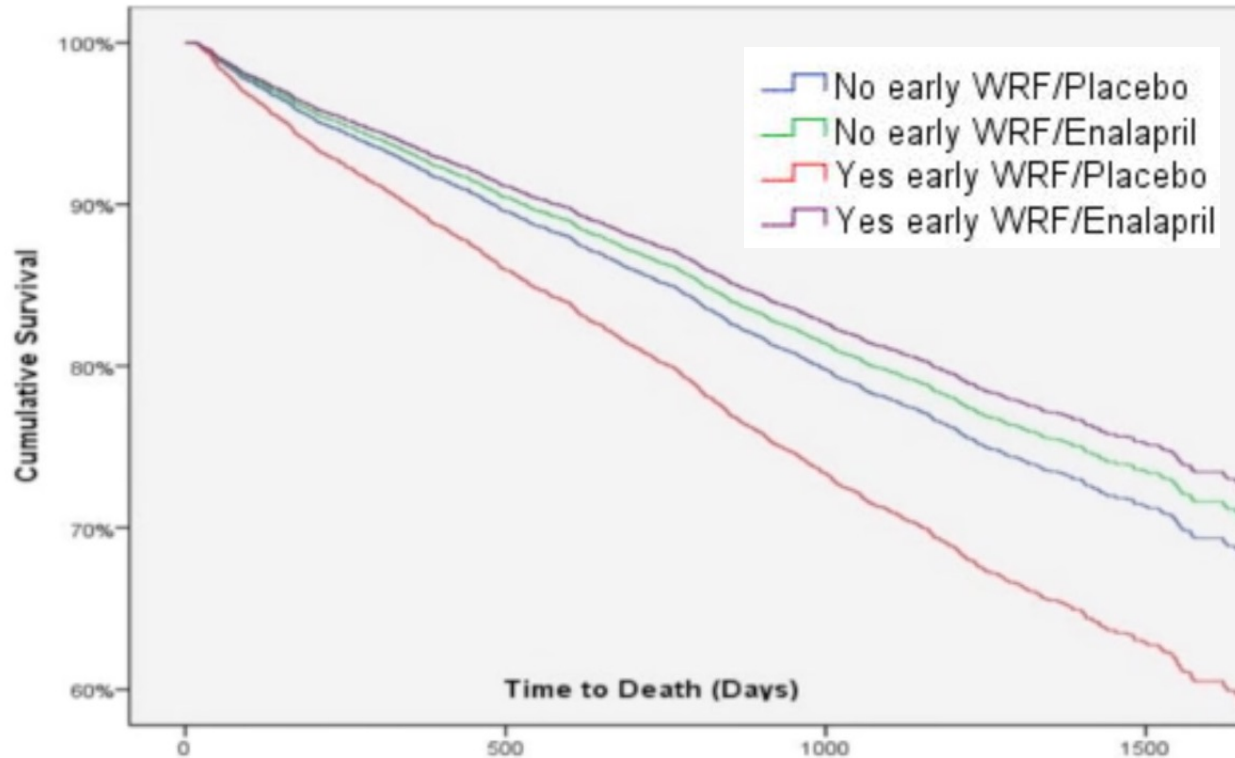
aussi grave que...

NYHA IV v. I

79 ans v. 50

FEVG <20% v. >40%

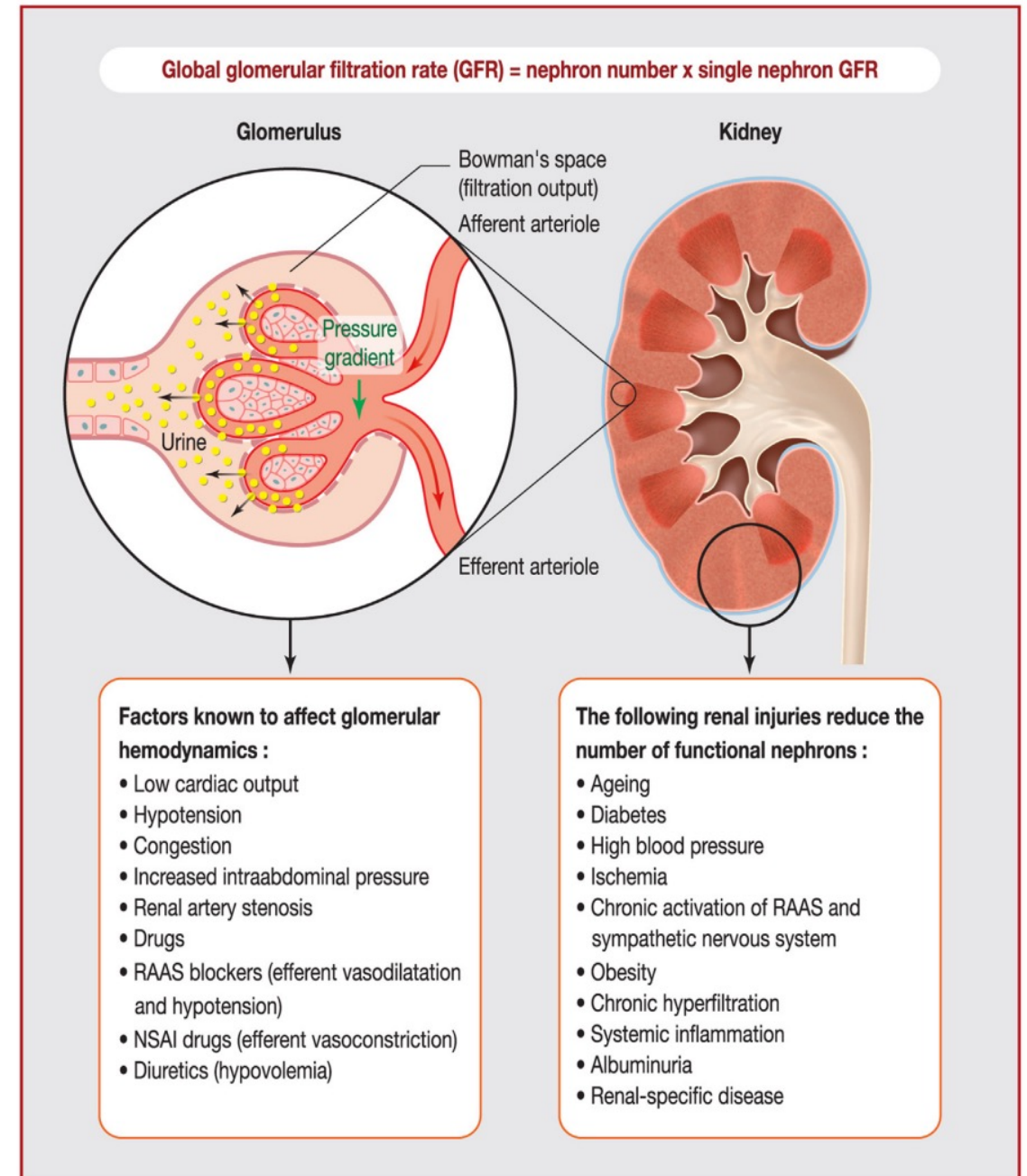
épidémiologie > gravité Δ creat



épidémiologie

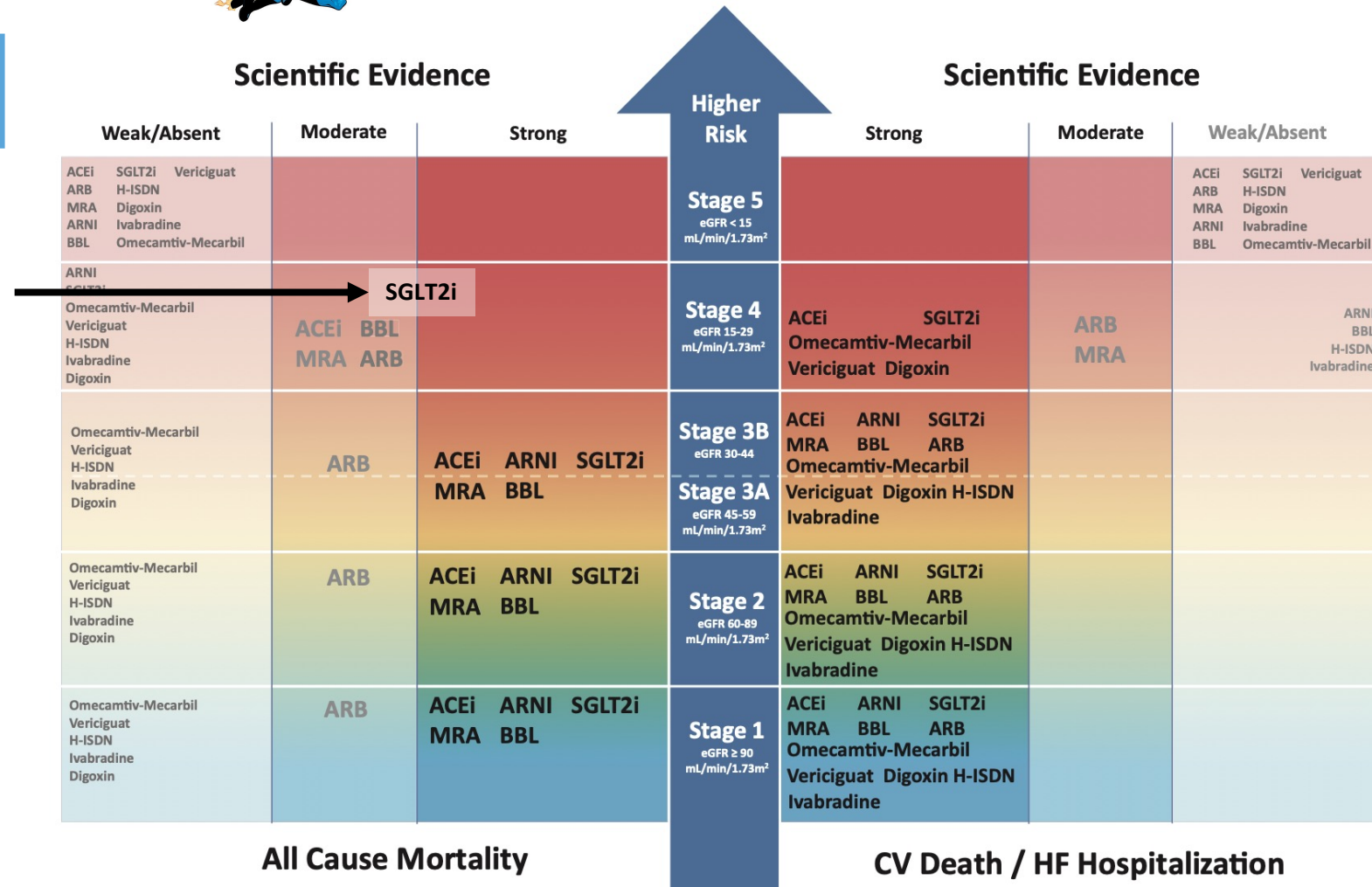
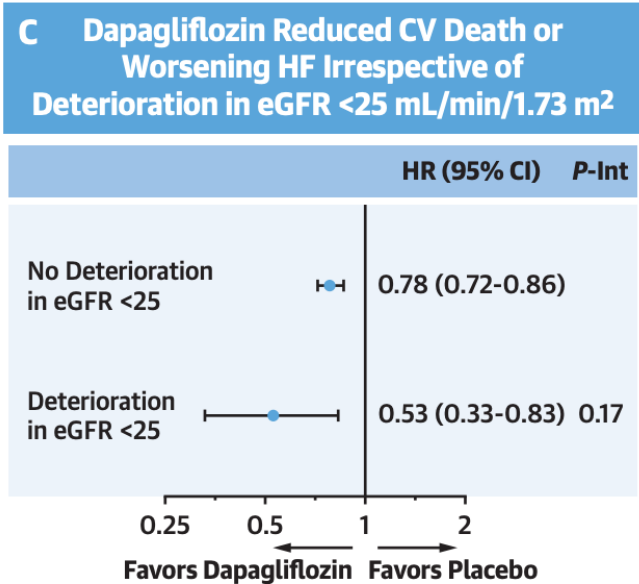
différencier

fonctionnel v. organique
réversible v. irréversible
variation v. taux de base



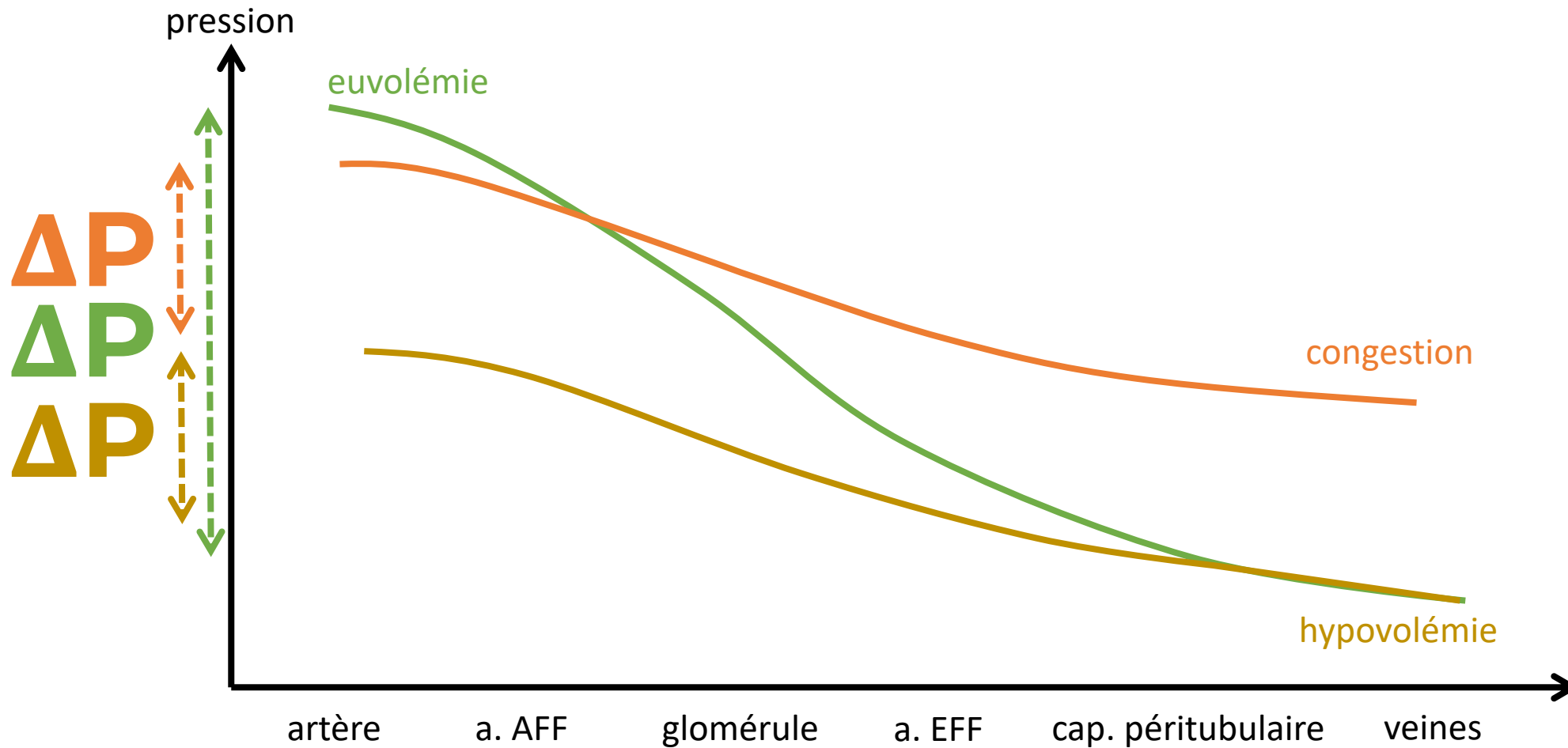
Démarrer le traitement

débuter les avant l'euvolémie



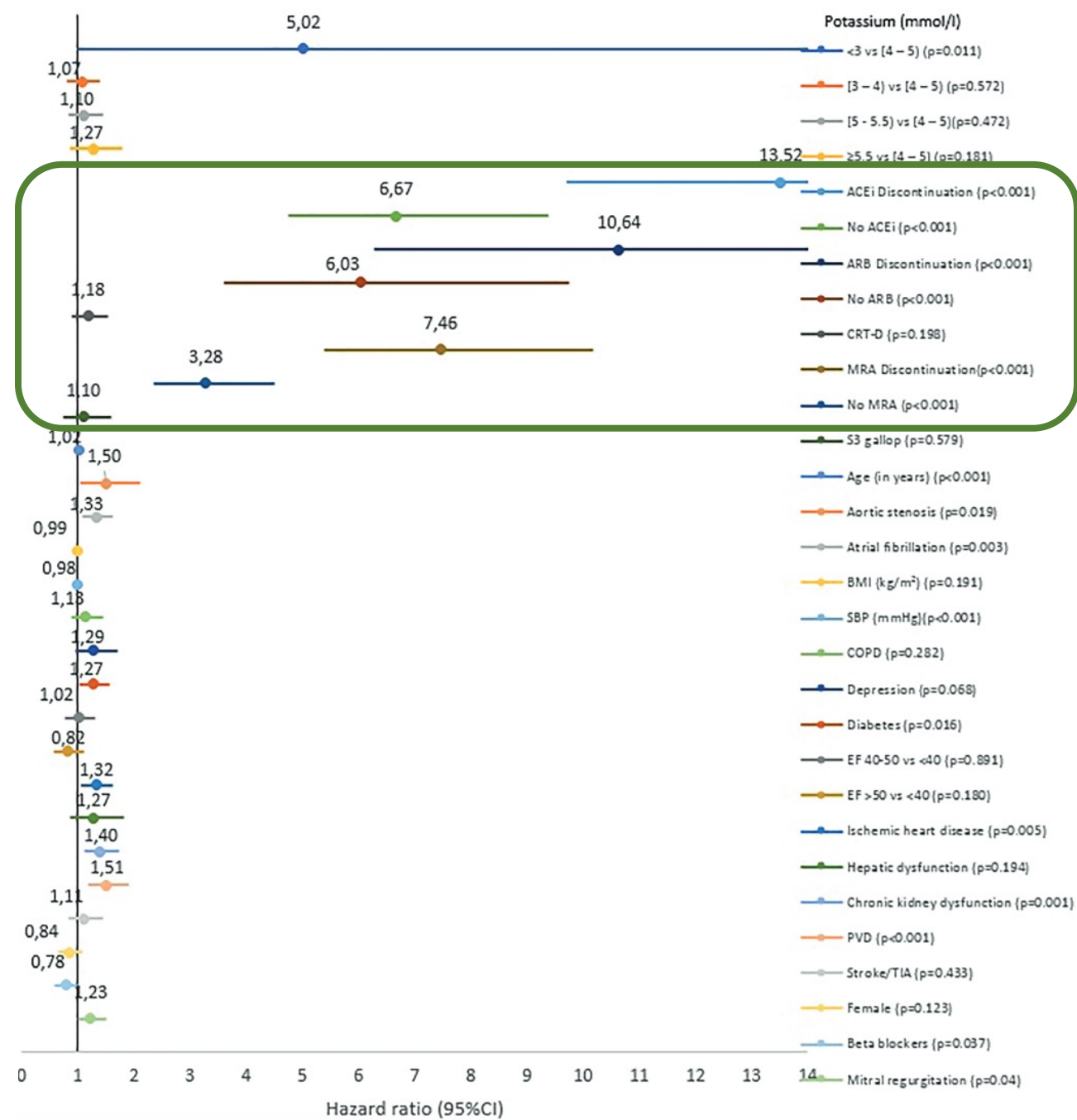
gérer les Δ creat > 50%

hémodynamique glomérulaire



ce qu'il faut faire

tout arrêter



~~ce qu'il faut faire~~



1/ déterminer

étiologies non cardio
congestion

poids $\frac{\Delta Na}{140} \cdot \text{poids. } 0,6$

PAS

urée $\frac{\text{uree}}{\text{creat}} = 100$

potassium

Variable					
	None	Mild	Moderate	Severe/worst	
Clinical congestion					
Orthopnea	None		Mild	Moderate	Severe/worst
JVP (cm)	<8 and no HJR	<8	8-10 or HJR+	11-15	>16
Hepatomegaly		Absent	Liver edge	Moderate pulsatile enlargement	Massive enlargement and tender
Edema		None	+1	+2	+3/+4
6MWT	>400m	300-400m	200-300m	100-200m	<100m
Technical evaluation					
NP (one of both): -BNP -NT-proBNP		<100 <400*	100-299 400-1500	300-500 1500-3000	>500 >3000
Chest X-ray	clear	clear	cardiomegaly	- pulmonary venous congestion* - small pleural effusions*	- Interstitial or alveolar edema
Vena Cava imaging ⁴⁵	none of two: - Max diameter >2.2 cm - collapsibility <50%		One of two: - Max diameter >2.2 cm - collapsibility <50%		Both: - Max diameter >2.2 cm - collapsibility <50%
Lung Ultrasound ⁴⁴	<15 B-lines when scanning 28-sites		15-30 B-lines when scanning 28-sites		>30 B-lines when scanning 28-sites

2/ adapter

congestion ↑diurétiques + RH

déshydratation ↓diurétiques + AH

hypotension sp+ ↕ α HTA puis voir

hyperkaliémie diététique + résines

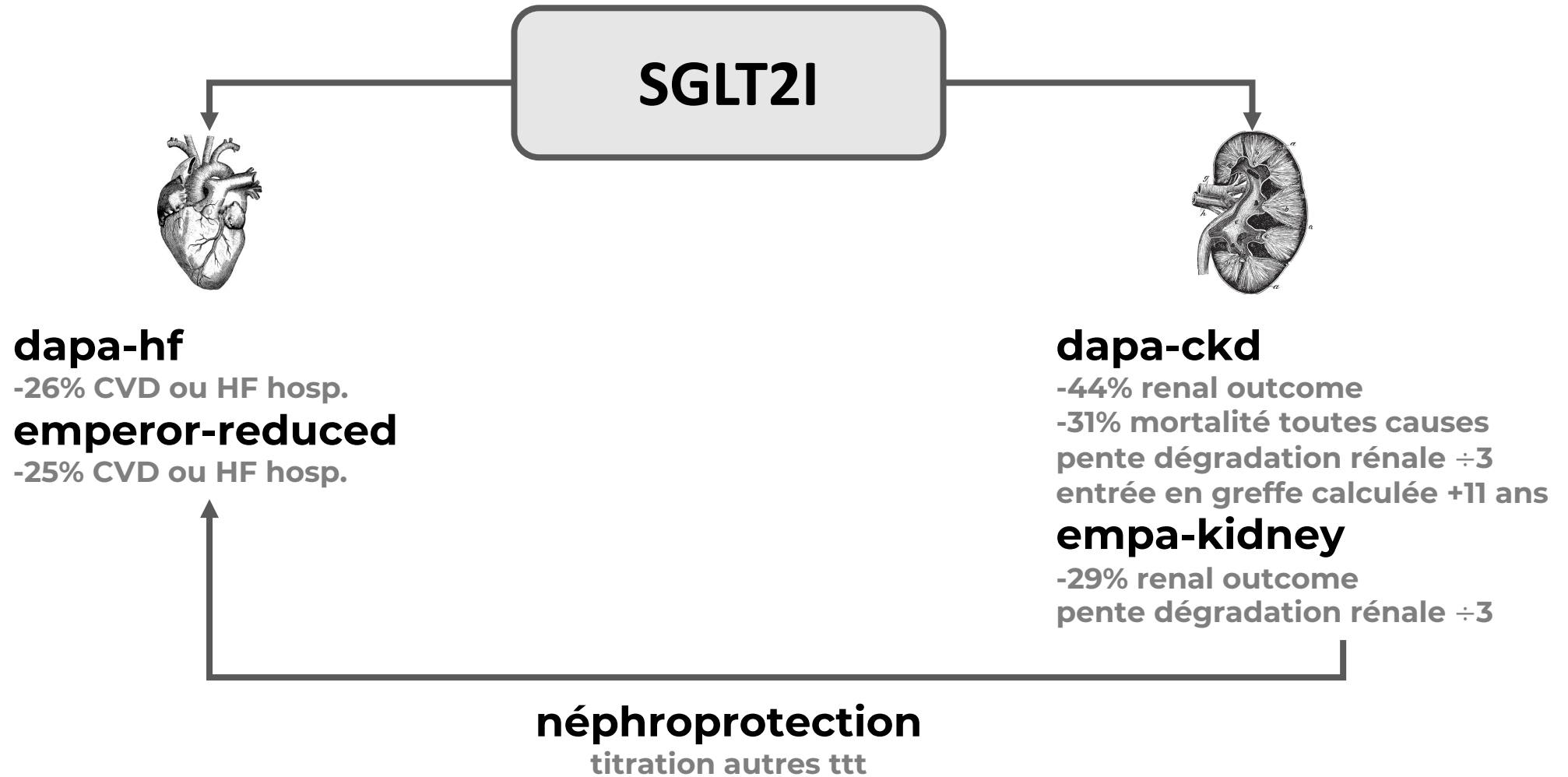
3/ monitorer

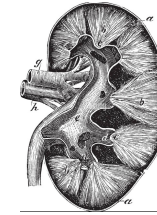
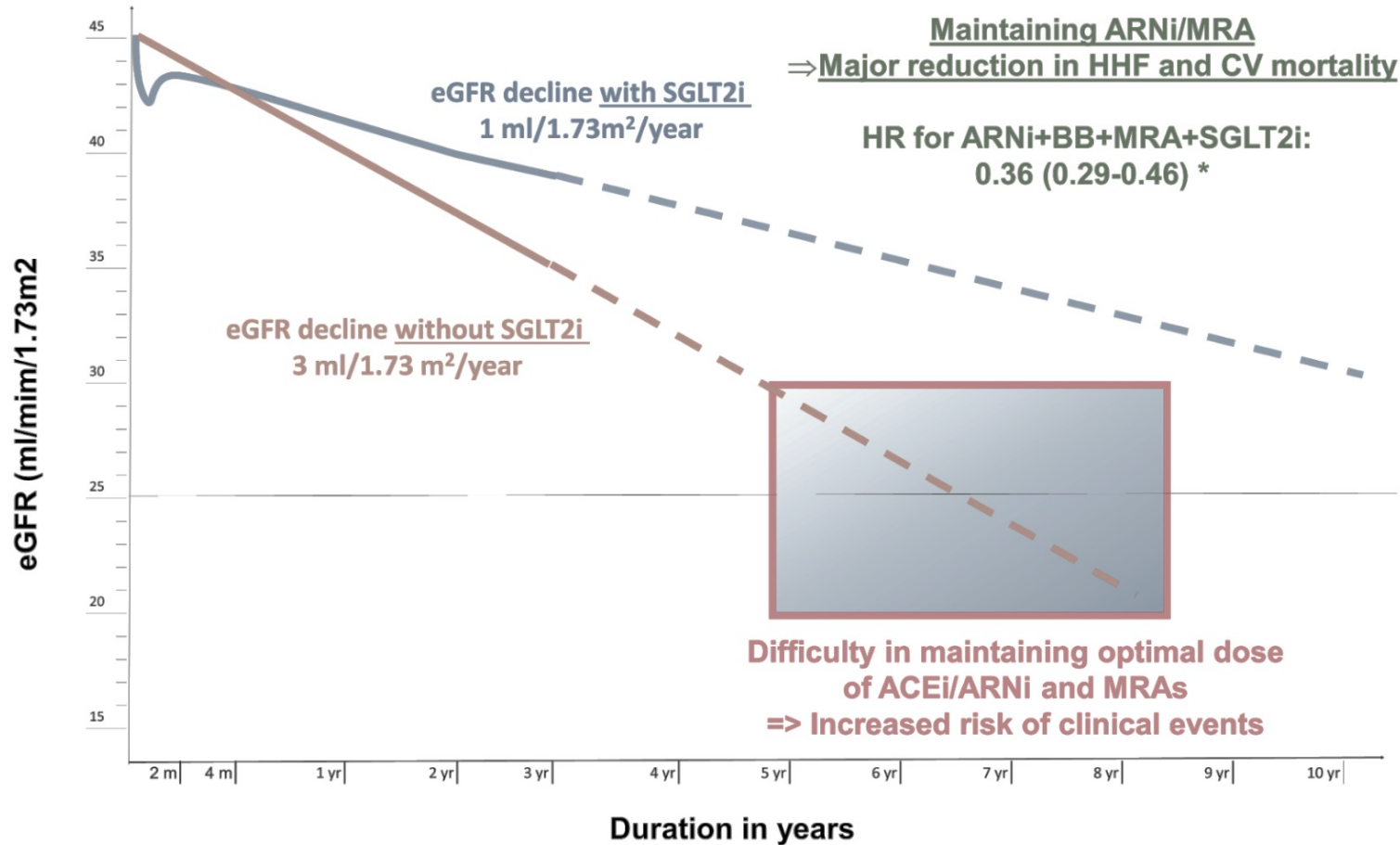
biologie Na K Urée Créat

clinique poids et PAS

suivi IPA – MG – Cardio - Néphro

bon pour le  mauvais pour le  ?
édition Insuffisance cardiaque





dapa-ckd

- 44% renal outcome
- 31% mortalité toutes causes
- pente dégradation rénale ÷3
- entrée en greffe calculée +11 ans

empa-kidney

- 29% renal outcome
- pente dégradation rénale ÷3



paradigm-hf

-20% CVD ou HF hosp

données

pente dégradation rénale $\div 1,4$
petite dégradation initiale DFG



consensus

-27% ACM

save

-19% ACM

aire

-27% ACM

trace

-22% ACM

données

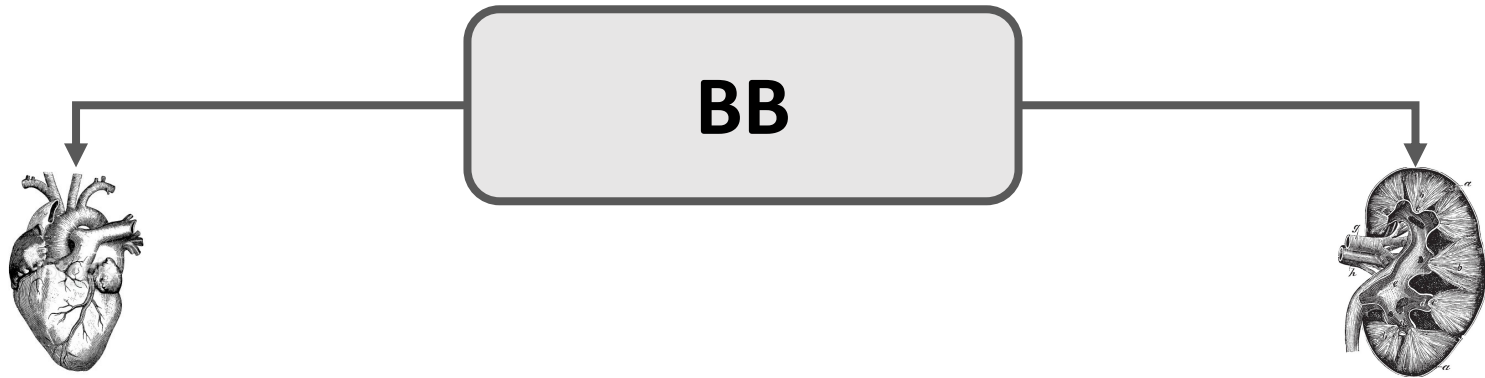
pente dégradation rénale $\div 1,3$

petite dégradation initiale

protéinurie $\div 2$

entrée en greffe étudiée +5ans

WRF titration \neq worse outcome



cibis-II

-33% ACM

merit-hf

-33% ACM

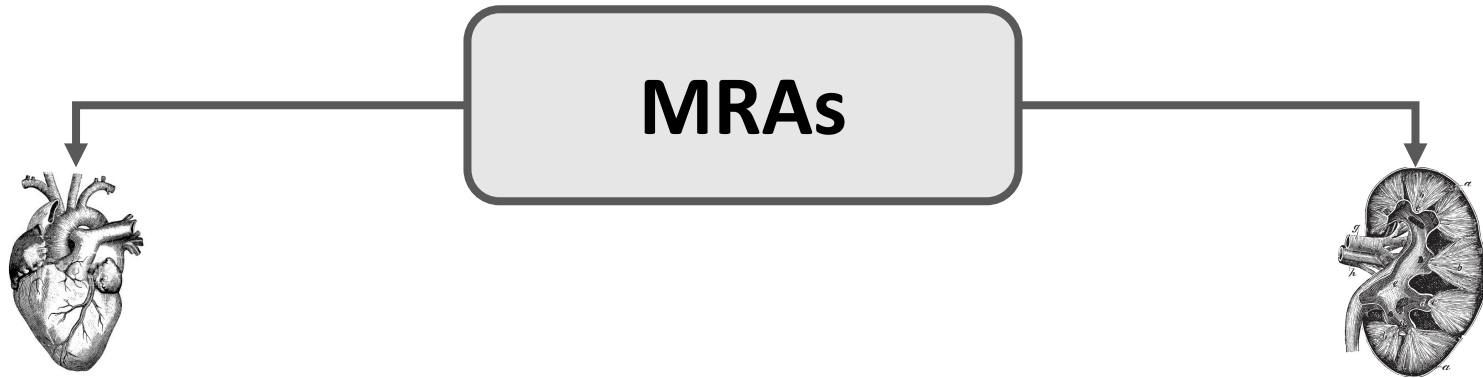
copernicus

-35% ACM

seniors

-22% ACM or CV hosp.

=



rales

-30% ACM

ephesus

-15% ACM

données

petite dégradation initiale

pente à peine plus raide

WRF titration \neq worse outcome

bon pour le  **mauvais pour le**  **?**
extended play



finérenone

fidelity

-14% CVD ou IDM ou AVC ou HF hosp.
patient diabétique II + MRC stade 2-4

figaro-dkd

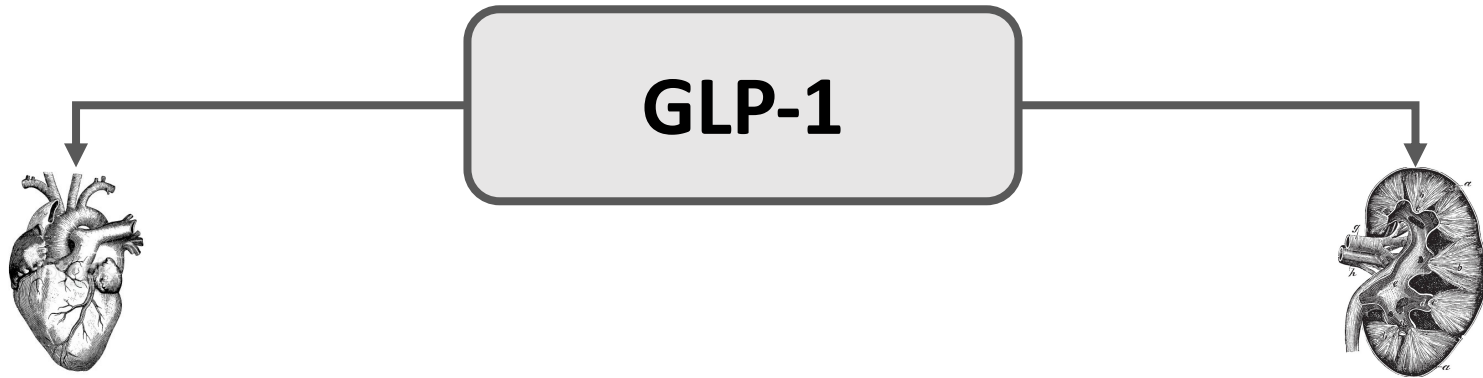
-13% CVD ou IDM ou AVC ou HF hosp.
patient diabétique II + MRC stade 2-4

fidelio-dkd

-18% (RD ou -40% DFG)
patient diabétique II + MRC stade 2-4

fidelity

-23% (RD ou -40% DFG)
patient diabétique II + MRC stade 2-4



sustain-6

-26% CVD ou IDM ou AVC
patient diabétique II

select

-20% CVD ou IDM ou AVC
patient obèse en prévention secondaire

step-hf-pef

+8 pts KCCQ-CSS
patient obèse + HF pEF

sustain-6

-36% New or worsening nephropathy
patient diabétique II

flow

évaluer retentissement rénal semaglutide
patient diabétique II + CKD
résultats attendus 2024

conclusion

rôle pronostic majeur du **DFG**

ne pas surréagir sur les **Δ DFG**

maintenir au max les 4F

les 4F entraînent des **Δ DFG transitoires et fonctionnels**

les 4F **protègent** le cœur et le rein

protéger le rein est un bon **investissement** pour le cœur

~~néphrotoxiques~~ néphroactifs voire néphroprotecteurs