



Insuffisance rénale chronique terminale : difficultés liées à la prise en charge en urgence en dialyse au CHU de Donka

End stage renal disease: difficulties related to emergency management in dialysis at Donka university teaching hospital

Traoré M, Diakité F, Baldé MS, Bah AB, Chérif I, Kaba ML

Service : Néphrologie-Hémodialyse, CHU de Donka

Correspondances : Moussa Traoré : E-mail : moussa11traore1@gmail.com ; Tel : (+224) 627 397 920.

Reçu le 23 octobre 2021- Accepté le 14 décembre 2021 - Publié le 3 avril 2022

MOTS CLÉS : IRCT, Dialyse, Difficultés de prise en charge, Donka.

RESUME :

Introduction : Le traitement des patients atteignant le stade d'insuffisance rénale terminale est très coûteux économiquement et humainement, en particulier le recours à la dialyse qui nécessite un traitement long et fréquent, ainsi qu'un suivi médical important. Notre objectif était d'identifier les principales difficultés liées à la prise en charge des patients en IRCT en dialyse.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif réalisée en néphrologie sur une période de 6 mois allant du 2 juillet 2015 au 2 janvier 2016.

L'étude portait sur des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale hospitalisés dans ledit service en attente de dialyse pendant la période d'étude. Les patients hémodialysés hospitalisés pendant la période d'étude étaient exclus. Nos variables ont été quantitatives et qualitatives.

Résultats : Sur 70 patients au stade terminal qui constituaient notre étude, seulement 23 patients soit 33% ont eu accès à la dialyse, et les 47 autres patients soit 67% ont été soumis au traitement conservateur. Parmi nos patients, 76,59% ont exprimé que le manque de ressource financière a été leur motif de non mise en dialyse, 4,25 % des patients ont opté pour le traitement traditionnel et 4,25% pour la mise en dialyse dans un autre pays.

Conclusion : Le faible niveau socioéconomique des patients entraîne un dépistage tardif de la maladie le plus souvent au stade terminal avec nécessité vitale de recours au traitement de suppléance de la fonction rénale.

KEY WORDS : ESRD, Dialysis, Management difficulties, Donka.

SUMMARY :

Introduction: The treatment of patients reaching the level of end stage renal disease (ESRD) is very costly economically and humanly, in particular the use of dialysis which requires long and frequent treatment, as well as an important medical follow-up. Our objective was to identify the main difficulties related to the management of patients with ESRD in dialysis.

Patients and methods: It was a prospective, descriptive study carried out in nephrology over a 6-months period from July 2nd, 2015 to January 2nd, 2016. The study involved patients with end stage renal disease hospitalized in that department awaiting dialysis during the study period. Hemodialysis patients hospitalized during the study period were excluded. Our variables were quantitative and qualitative.

Results: Out of 70 end-stage patients who participated at our study, only 23 patients or 33% had access to dialysis, and the other 47 patients or 67% were subjected to conservative treatment. Among our patients, 76.59% expressed that the lack of financial resources was their reason for not starting dialysis, 4.25% of patients opted for traditional treatment and 4.25% for dialysis in other countries.

Conclusion: The low socioeconomic level of patients leads to late detection of the disease, most often at the terminal stage, with vital need to use replacement therapy for renal function.



INTRODUCTION

La maladie rénale chronique est une maladie très présente dans les populations occidentales et dont la prévalence est en augmentation [1,2]. La maladie est associée à une perception de faible qualité de vie en particulier aux stades les plus avancés, et constitue un risque accru de mortalité [3,4]. Le traitement des patients atteignant le stade d'insuffisance rénale terminale est très coûteux économiquement et humainement, en particulier le recours à la dialyse qui nécessite un traitement long et fréquent, ainsi qu'un suivi médical important. L'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale terminale met en évidence la nécessité d'une adaptation de la distribution des tâches entre les différents professionnels de santé, ainsi qu'un besoin d'actions publiques visant à limiter le poids de la maladie et notamment son apparition [5]. La prévention est un levier essentiel pour limiter l'impact d'une maladie chronique, aussi bien au niveau individuel que sociétal. La prévention des principaux facteurs de risque d'apparition de la maladie et le dépistage ou diagnostic précoce de la maladie rénale chronique sont à envisager, en plus de la garantie d'un traitement optimal des invalidités fonctionnelles liées à la maladie. Il est essentiel d'analyser la faisabilité et l'efficacité de différentes stratégies de prévention, notamment en les comparant aux recommandations et pratiques afin d'évaluer l'intérêt additionnel de ces actions. L'objectif était d'identifier les principales difficultés liées à la prise en charge des patients en IRCT en dialyse au CHU de Donka.

PATIENTS ET METHODES :

Le service de néphrologie de l'hôpital national Donka a servi de cadre pour notre étude.

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif réalisée sur une période de 6 mois allant du 2 juillet 2015 au 2 janvier 2016.

L'étude portait sur des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale hospitalisés en néphrologie en attente de dialyse pendant la période d'étude.

Avaient été inclus dans cette étude tous les IRC hospitalisés quelque soit leur âge sans distinction de sexe ni de provenance dont la clairance de la créatinine était inférieure ou égale à 15ml/ min et qui

avaient consenti à l'enquête pendant la période d'étude.

Les patients en IRCT hémodialysés et hospitalisés pendant la période d'étude étaient exclus.

Nos variables ont été quantitatives et qualitatives
Variables quantitatives étaient la prévalence, l'âge.

- Variables qualitatives :

* Le sexe

* La néphropathie initiale

* La clairance de la créatinine

* La réaction du malade à l'annonce de la maladie :

- Optimiste : tout patient qui, après s'être informé sur la maladie, l'accepte et croit à la survie.

- Pessimiste : tout patient qui, après l'annonce, ne croyant pas à sa survie, désespère.

- Indifférent : tout patient qui n'exprime aucune réaction, ni d'espoir ni de désespoir à l'annonce de la maladie.

* Connaissance sur la maladie et sur l'hémodialyse

- Bonne : tout patient qui a entendu parler de la maladie ou de la dialyse; ou a vu une personne souffrir de la maladie. Il est capable d'expliquer ce qu'il a compris sur la maladie et sur le traitement.

- Passable : tout patient qui refuse de reconnaître sa maladie ou la dialyse.

- Aucune : tout patient affaibli par la maladie, donc n'étant pas à mesure de s'exprimer sur sa maladie ou sur la dialyse.

* Nature du soutien :

- Soutien social : tout patient qui avait bénéficié du soutien moral de sa famille et/ou de ses amis ou de son service.

- Soutien financier : tout patient qui avait bénéficié d'une assistance matérielle de sa famille et/ou de ses amis ou de son service.

* Accès à la dialyse :

Oui : le patient a accepté de débiter la dialyse

Non : le patient n'a pas accepté de débiter la dialyse

* Motif de non mise en dialyse :

- Manque de ressources financières

- Mauvais état général (coma, convulsion, altération de l'état général)

- Opte pour le traitement traditionnel

- Mise en dialyse dans un autre pays

RÉSULTATS :

La prise en charge des patients en IRCT pose de sérieuses difficultés dans certains pays africains. Le nombre petit de générateurs contraint la limitation des patients à recruter. Nos résultats sont présentés dans des tableaux et figures.

Tableau I : Répartition des patients en IRCT selon la tranche d'âge

| Age | n | % |
|----------------------|-----------|------------|
| 10 – 19ans | 3 | 4,28 |
| 20 –29ans | 9 | 12,9 |
| 30 _ 39ans | 16 | 22,85 |
| 40 – 49ans | 18 | 25,71 |
| 50 – 59ans | 16 | 22,85 |
| 60 – 69ans | 5 | 7,14 |
| 70 -79ans | 1 | 1,42 |
| Sup ou égale à 80ans | 2 | 2,85 |
| Total | 70 | 100 |

Age moyen =43,28 ans [17 – 88]

Figure 1 : Prévalence de l'IRCT parmi les autres stades d'IRC dans le service de néphrologie

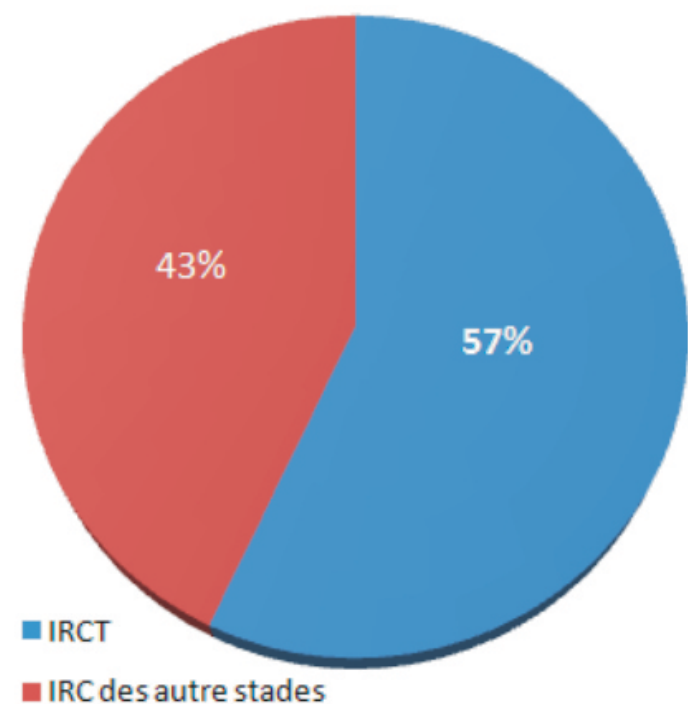


Tableau II : Répartition des patients en IRCT selon la néphropathie initiale

| Néphropathie | n | % |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| Néphropathie glomérulaire | 27 | 38,57 |
| Néphropathie vasculaire | 24 | 34,3 |
| Néphropathie tubulo -interstitielle | 2 | 2,85 |
| Néphropathie diabétique | 4 | 5,71 |
| Néphropathie non indéterminée | 13 | 18,57 |
| Total | 70 | 100 |

Age moyen =43,28 ans [17–88]

Figure 2 : Répartition des patients en IRCT selon le

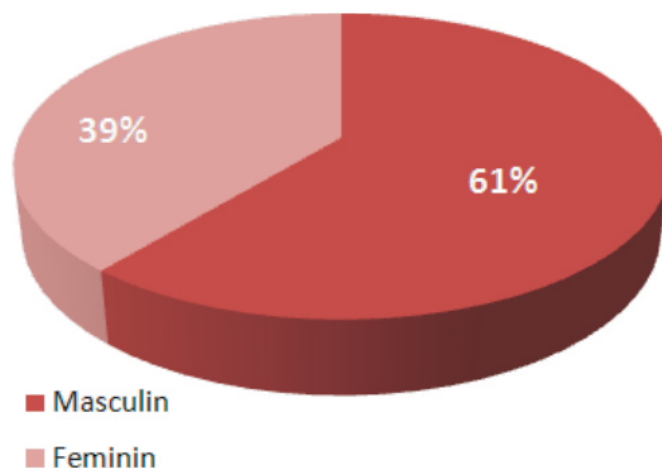


Tableau III : Répartition des patients IRCT selon la clairance de la créatinine

| Clairance de la créatinine | n | % |
|----------------------------|-----------|------------|
| Inférieur à 5ml/min | 38 | 54,28 |
| 5 à 10ml/min | 26 | 37,15 |
| 10 à 15ml/min | 6 | 8,57 |
| Total | 70 | 100 |

Figure 3 : Répartition des patients IRCT selon leur connaissance sur la maladie et sur l'hémodialyse

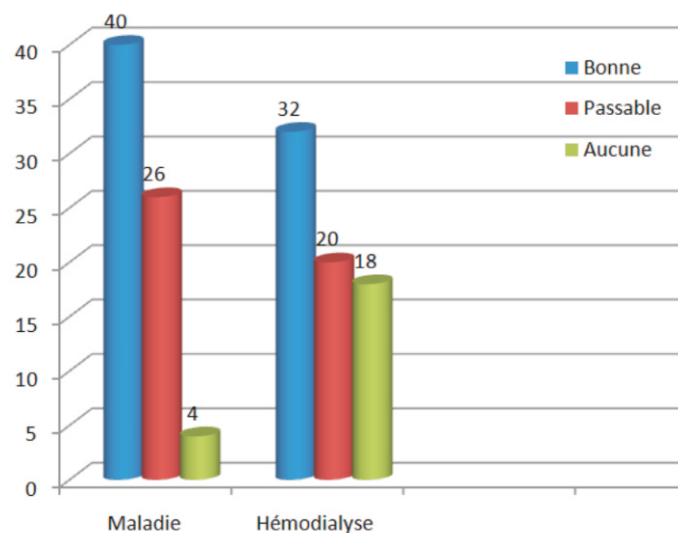


Tableau IV : Répartition des patients IRCT selon leur réaction à l'annonce de la maladie

| Réaction à l'annonce de la maladie | n | % |
|------------------------------------|-----------|------------|
| Optimiste | 24 | 34,28 |
| Indifférent | 38 | 54,28 |
| Pessimiste | 8 | 11,44 |
| Total | 70 | 100 |

Figure 4 : Répartition des patients IRCT selon l'accès à la dialyse

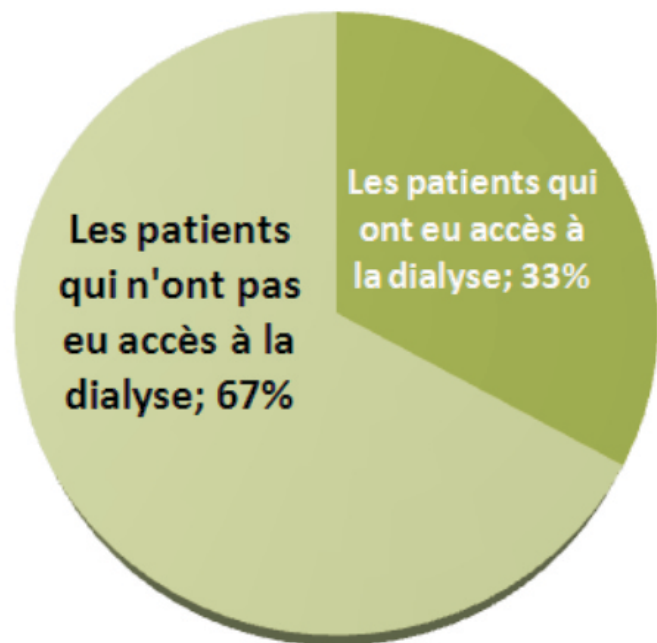


Tableau V : Répartition des patients IRCT selon la nature du soutien

| Soutien | n | % |
|----------------------|-----------|------------|
| -Social | 44 | 62,85 |
| -Financier | 2 | 2,85 |
| -Social et financier | 24 | 34,3 |
| Total | 70 | 100 |

Discussion

La prise en charge des patients en IRCT pose d'énormes difficultés dans les pays à revenu faible. Le diagnostic est posé tardivement après que le patient ait fini d'épuiser une bonne partie de ses ressources. En menant cette étude notre objectif était d'identifier les principales difficultés liées à la prise en charge en urgence des patients IRCT en dialyse.

Au cours de notre étude nous avons eu 123 patients hospitalisés pour IRC dans le service de Néphrologie dont 70 patients au stade terminal soit une fréquence de 57% et 53 patients aux autres stades soit une fréquence de 43%.

La fréquence élevée de l'IRCT par rapport aux autres stades pourrait s'expliquer par le fait que :

- Les patients arrivent dans le service à un stade avancé de la maladie lorsqu'ils présentent des complications;
- Le défaut de prise en charge adéquat des autres stades de l'IRC entraînant une progression beaucoup plus rapide vers l'IRCT.

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 40 à 49 ans avec une fréquence de 25,71%.

L'âge moyen de nos patients était de 43,28 ans avec des extrêmes de 17 à 88 ans.

La prédominance des jeunes dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait qu'ils constituent la couche la plus importante en Afrique et qu'ils seraient beaucoup plus exposés à plusieurs facteurs environnementaux notamment : les infections sexuellement transmissibles, le tabagisme, l'alcoolisme, l'exposition professionnelle.

Contrairement à l'Afrique, aux USA l'âge moyen des patients insuffisants rénaux était de 65 ans [8]. Cette différence s'expliquerait par :

- Le vieillissement plus marqué de la population Américaine,
- Le dépistage précoce et la prise en charge adéquate de la maladie rénale débutante ralentissant l'échéance de l'IRCT.

Par rapport au sexe, 61,42% de nos patients étaient de sexe masculin contre 38,57% de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,59 en faveur des hommes.

Ce résultat est proche de celui d'A. BOURQUIA au Maroc qui a rapporté 59% de sexe masculin contre 41% de sexe féminin soit un sex-ratio de 1,43 en faveur des hommes [9].

La prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin serait liée à la fréquence plus élevée des maladies rénales chez l'homme et par leur progression plus rapide vers l'insuffisance rénale [8].

Selon la néphropathie initiale : 38,57% de nos patients étaient atteints de néphropathie glomérulaire (NG) suivie de néphropathie vasculaire à 34,3%.

La fréquence élevée de NG s'expliquerait par l'existence des multiples facteurs susceptibles d'entraîner l'altération des glomérules [10 ; 11 ; 12]

Dans notre étude 54,28% avaient une clairance de la créatinine inférieure à 5ml/min ; 37,15% avaient une clairance de la créatinine comprise entre 5 à 10 ml/min et 8,57% avaient une clairance de la créatinine comprise entre 10 à 15 ml/min.

Nos résultats sont différents de ceux rapportés par François Chantrel et coll. [13] qui, dans leur rapport publié par le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de France en 2010, ont trouvé que 10,2% des patients avaient une clairance de la créatinine inférieure 5ml/min, 59,1% avaient une clairance de la créatinine comprise entre 5 à 10ml/min et 21,9% avaient une clairance comprise entre 10 à 15ml/min. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les patients par défaut de moyen financier consultent souvent à un stade très avancé de la maladie après usage de phytothérapie.

La réaction à l'annonce de la maladie : 34,28% de nos



patients sont optimistes et plus de 50% étaient indifférents au moment de l'annonce.

S'agissant de la connaissance sur la maladie ou sur la dialyse, 57,14% de nos patients avaient une bonne connaissance de la maladie et 45,71% connaissaient bien la dialyse.

Seulement 34,3% de nos patients ont bénéficié d'un soutien social et financier. Ce qui explique les difficultés d'accès à la dialyse nécessitant un soutien social et financier pour tout patient dialysé.

Sur 70 patients au stade terminal qui constituaient notre étude, seulement 23 patients soit 33% ont eu accès à la dialyse et les 47 autres patients soit 67% ont été soumis au traitement conservateur.

Cette différence s'explique par plusieurs facteurs qui sont :

- l'inégalité des moyens techniques entre nos hôpitaux.
- le mode de financement des traitements par le système de santé
- et par les différents motifs de non mise en dialyse exprimés par les patients.

Parmi nos patients, 76,59% ont exprimé que le manque de ressource financière a été leur motif de non mise en dialyse, 4,25% des patients ont opté pour le traitement traditionnel et 4,25% pour la mise en dialyse dans un autre pays. Cela pourrait s'expliquer par le bas niveau socio économique des patients et le manque d'information sur la méthode d'épuration rénale.

Conclusion

Le faible niveau socioéconomique des patients entraîne un dépistage tardif de la maladie le plus souvent au stade terminal avec nécessité vitale de recours au traitement de suppléance de la fonction rénale.

Des efforts restent encore à fournir tant dans la prévention des maladies rénales que dans l'amélioration de la prise en charge du citoyen moyen une fois au stade terminal.

Mots clés : IRCT, Dialyse, Difficultés de prise en charge.

Conflit d'intérêts : Nous n'avons aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Références :

- 1-James MT, Hemmelgarn BR, Tonelli M.** Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *Lancet* 2010;375:1296–309.
- 2-National Institutes of Health, National Institute of Diabetes, Digestive Kidney Diseases.** U.S. renal data system, annual data atlas

of chronic kidney disease

and end-stage renal disease in the United States. Bethesda, MD: USRDS; 2012.

3-Mujais SK, Story K, Brouillette J, Takano T, Soroka S, Franek C, et al. Health-related quality of life in CKD patients: correlates and evolution over time. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1293–301.

4-Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium, Matsushita K, van der Velde M, Astor BC, Woodward M, Levey AS, et al. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. *Lancet* 2010;375:2073–81.

5-Réseau épidémiologie et information en néphrologie (Rein). Rapport annuel 2011. Saint-Denis La Plaine: Agence de la biomédecine; 2011.

6-Otero A, de Francisco A, Gayoso P, Garcia F, EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrologia* 2010;30:78–86.

7-Wen CP, Cheng TYD, Tsai MK, Chang YC, Chan HT, Tsai SP, et al. All-cause mortality attributable to chronic kidney disease: a prospective cohort study based on 462 293 adults in Taiwan. *Lancet* 2008;371:2173–82

8-C – POUTEUIL – NOBLE, E. VIALLAR : Epidémiologie et étiologie de l'insuffisance rénale chronique ; la revue du praticien 2011page 565 à 371

9-AL AMAL Etat actuel du traitement de l'insuffisance rénale chronique au Maroc. 1999 Vol-20(n°2) p75

10-EK Sumaili et coll. Epidémiologie de la maladie rénale chronique en République Démocratique du Congo. Une revue synthétique des études de kinshasa, la capitale ; *Néphrologie et thérapeutique* 6(2010)232-239

11-Affection cosmopolite en région tropicale : Maladie rénale chronique. Page 733-666en ligne sur www.lib.itg.be/open/mhac/1992mhac0733.pdf

12-N. Ben Chaabane , H Lohmari et Coll. Hépatite virale chronique chez les patients insuffisants rénaux : la presse médicale 2008, 37 :665-678[65]

13-B- Ramilitiana S-T Rakotoarivony, T Raben Janahary

Profil épidémie-clinique et devenir des insuffisants rénaux chronique bénéficiaire d'hémodialyse au CHU de HJRB Antananarivo Madagascar *Revue d'Anesthésie- Réanimation et de médecine d'urgence*