

## INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE : QUAND DÉMARRER L'HÉMODIALYSE ?



Amel LAOUITI, Département de Médecine Communautaire, Faculté de Médecine de Monastir, Neji GHAZOUANI, Mohamed AMEUR FRIH, Mezri EL MAY, Service d'hémodialyse, CHU, Monastir, TUNISIE

Pour assurer la survie du patient atteint d'insuffisance rénale chronique au stade terminal on a recours aux méthodes de dialyse de suppléance : hémodialyse et dialyse péritonéale. Ces méthodes constituent une avancée thérapeutique acquise depuis le début des années soixante. Le nombre de ces patients ne cessent d'augmenter d'une année à l'autre en Tunisie ce qui a abouti à la systématisation de la prise en charge en hémodialyse. Il est souhaitable d'identifier précocement ceux qui vont nécessiter une épuration extra-rénale car un démarrage tardif de l'hémodialyse favorise l'apparition des nombreuses complications (atteintes cardiaques, infectieuses, ostéo- articulaires...).

### BUT ET OBJECTIFS

Notre objectif est d'identifier les critères cliniques et biologiques chez ces insuffisants rénaux pour pouvoir poser l'indication de l'hémodialyse et préciser leur profil épidémiologique et enfin, mieux connaître les avantages et les inconvénients d'un démarrage tardif ou précoce de l'hémodialyse.

### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée tout au long de l'année 2013 concernant les insuffisants rénaux chroniques qui ont commencé leur hémodialyse dans notre centre du C.H.U de Monastir.

205 nouveaux patients ont démarré leur séance au cours de cette année. La plupart de ces patients sont pris en charge dans notre centre tandis que bon nombre d'entre eux seront suivis dans d'autres centres étatiques ou privés.

Une fiche de renseignements qui com-

porte plusieurs variables cliniques, biologiques a été réalisée pour chaque malade.

### RÉSULTATS

L'âge moyen des patients était de 54 ans et 9 mois avec des extrêmes allant de 19 à 86 ans. 87 patients étaient de sexe féminin, et 118 de sexe masculin avec un sexe ratio de 1,35.

La plupart de nos patients sont originaires de la région du Sahel en Tunisie (centre ouest Monastir- Mahdia-Sousse-Kairouan).

La néphropathie diabétique constitue la cause la plus fréquente de l'insuffisance rénale suivie par l'hypertension artérielle. La polykystose rénale représente la cause la plus fréquente des néphropathies héréditaires.

144 nouveaux dialysés, soit 66,4 %, étaient programmés en hémodialyse et suivis de façon régulière avant le démarrage de la dialyse tandis que 61 patients soit 33,6 % ont démarré leurs séances en ur-

gence. Parmi ces 61 patients, 20 seulement étaient suivis en consultation.

La symptomatologie clinique était dominée par des signes digestifs à type de nausées et de vomissements, et des signes cardiovasculaires à type d'œdème aigu des poumons et de dyspnée.

D'autres signes ont été observés chez nos dialysés tels que neurologiques (vertige, convulsions et coma), dermatologiques (prurit), hématologiques (épistaxis, gingivorragie).

L'acidose métabolique et l'hyperkaliémie étaient les deux causes les plus fréquentes chez nos dialysés débutant leurs séances en urgence. L'indication programmée pour les autres patients est de démarrer l'hémodialyse lorsque la clairance à la créatinine atteint 10 ml/minute. Sur les 205 nouveaux dialysés au cours de l'année 2013, seulement 20 hémodialysés ont poursuivi leur épuration dans notre centre.

## DISCUSSION

Au stade ultime de l'évolution de l'insuffisance rénale chronique qui se définit par une réduction permanente du débit de la filtration glomérulaire, il convient de mettre en route un traitement de suppléance. Il en existe plusieurs types : hémodialyse, dialyse péritonéale, transplantation rénale.

Les besoins de traitement de suppléance de l'insuffisance terminale en Tunisie ne cessent de croître comme dans les autres pays du monde.

Face à cette augmentation progressive et à la lourdeur et coût de ce traitement, il faut développer les moyens de prévention de l'insuffisance chronique, ralentir son évolution et mieux recenser et planifier les besoins.

Il est cependant fondamental pour le patient d'être surveillé régulièrement par le médecin, en procédant à des examens biologiques (dosage de l'urée et de la créatinine, le potassium, le degré de l'anémie, le calcium, le phosphore) pour corriger de façon simple les désordres métaboliques, et fixer de règles alimentaires simples. Le patient lui-même doit se prendre en charge en surveillant son poids et l'apparition des œdèmes et doit consulter dès l'apparition de nouveaux symptômes et ne jamais prendre un médicament sans l'avis de son néphrologue.

La dialyse doit être démarrée lorsque la filtration glomérulaire atteint 10 ml/mn (et même 15 ml/mn pour les diabétiques et les cardiaques). La mise en dialyse précoce améliore la survie et réduit la durée des hospitalisations.

## CONCLUSION

Au cours de l'évolution de l'insuffisance rénale chronique, le régime et autres médicaments permettent de vivre quasi normalement pendant une longue période avant l'hémodialyse.

Une prise en charge précoce des patients insuffisants rénaux chroniques avec démarrage de l'épuration extrarénale permet d'améliorer le taux de morbidité et de mortalité.