



Article Original

Morbimortalité des Patients Hémodialysés Chroniques Hospitalisés au CHU du Point G (Bamako)

Morbimortality of chronic hemodialysis inpatients at the CHU du Point G (Bamako)

Coulibaly N¹, Yattara H¹, Diallo D¹, Sissoko A², Diallo B³, SY S¹, Toure A¹, Tangara M¹, Fongoro S⁴

RÉSUMÉ

Objectif. Déterminer la prévalence de l'hospitalisation des patients hémodialysés chroniques (HDC) en dehors et dans le service de néphrologie et identifier les facteurs liés à la mortalité intrahospitalière. **Population et méthodes.** Étude rétrospective transversale à visée descriptive sur une période de 16 mois allant de Janvier 2020 à Avril 2021 chez les patients en hémodialyse chronique dans le service de néphrologie et en dehors du centre hospitalier universitaire du Point G. **Résultats.** Au total 49 patients ont été hospitalisés dans différents services en plus de celui de néphrologie sur 306 patients hémodialysés chroniques, soit une prévalence de 16 %. Leur âge moyen était de 46 ans avec des extrêmes de 21 et 88 ans. Le sex-ratio était de 1,22. L'ancienneté moyenne en dialyse était de 50 mois avec des extrêmes de 06 mois et 12 ans. La durée moyenne de séjour en hospitalisation était de 09 jours. La distribution des patients réhospitalisés était la suivante : service de néphrologie (65,31 %), chirurgie vasculaire (8,16 %), pneumologie (8,16 %) et réanimation (6,12 %). Les principales indications d'hospitalisation étaient : infections (50 %), accident vasculaire cérébral (AVC) (16 %) et chirurgie (10%). Le décès fut observé dans 32,65 % des cas et il était lié essentiellement à l'AVC, la septicémie et l'hémorragie digestive. **Conclusion.** La diminution de la morbidité en hospitalisation des patients hémodialysés chroniques nécessite une collaboration des étroites des services intra-hospitaliers.

ABSTRACT

Objective. To report the prevalence of hospitalization of chronic hemodialysis patients outside and within the nephrology department and to identify factors related to in-hospital mortality. **Population and methods.** Retrospective descriptive study over a period of 16 months from January 2020 to April 2021 in patients undergoing chronic hemodialysis at the Point G University Hospital in or outside the nephrology department. **Results.** 49 patients were hospitalized in other departments in addition to the nephrology department out of 306 chronic hemodialysis patients, i.e. a prevalence of 16%. Their mean age was 46 years (range: 21 - 88 years). The sex ratio was 1.22. The mean duration of dialysis was 50 months (range: 06 months - 12 years). The average length of hospital stay was 09 days. The distribution of patient readmission in departments was as follows: nephrology department (65.31%), vascular surgery (8.16%), pneumology (8.16%) and intensive care unit (6.12%). The main indications for hospitalization were infections (50%), stroke (16%) and surgery (10%). The mortality rate was 32.65%. Death was mainly due to stroke, sepsis and digestive hemorrhage. **Conclusion.** The reduction of morbimortality of hospitalized chronic hemodialysis patients requires a close collaboration of intra-hospital services.

1. Service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G
2. Service de neurologie du CHU du Point G
3. Service de réanimation du CHU du Point G
4. Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie de Bamako

Auteur correspondant :

Nouhoum Coulibaly

Adresse e-mail :

nouhcoulibaly14@gmail.com

Tel : 223 76 81 33 41

Mots-clés : hospitalisation – hémodialyse chronique – CHU du Point G (Bamako)

Keywords: hospitalisation - chronic haemodialysis - CHU du Point G (Bamako)

INTRODUCTION

Les complications intra et/ou inter dialytiques ou à long terme et encore d'autres pathologies sans rapport avec la maladie rénale chronique (MRC) du patient hémodialysé chronique (HDC) peuvent conduire à leur hospitalisation. Cette dernière engage le plus souvent une prise en charge multidisciplinaire mais impacte aussi le coût des soins, conduisant souvent au décès. L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence de l'hospitalisation des patients HDC en dehors et dans le service de néphrologie enfin d'identifier les facteurs liés à la mortalité intrahospitalière.

POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive sur une période de 16 mois allant de Janvier 2020 à Avril 2021 chez les patients en hémodialyse chronique dans le service de néphrologie ou en dehors du centre hospitalier universitaire du Point G. Nous avons effectué ce travail à partir du registre de garde et du registre d'hospitalisation du service de néphrologie. Les critères d'inclusion étaient : patients en hémodialyse chronique depuis plus de 06 mois, âge supérieur à 18 ans, recevant au minimum 08 heures de séance de dialyse par semaine (à raison de deux fois par semaine), ayant été hospitalisé dans le service de néphrologie ou en dehors durant la période d'étude.

La collecte des données a été réalisée à partir d'une fiche technique dont les données ont été traitées avec un fichier Excel 14.2.0 (120402).

RÉSULTATS

Au total 49 patients ont été hospitalisés dans différents en plus de celui de la néphrologie sur 306 patients hémodialysés chroniques, soit une prévalence de 16 %. Les patients hospitalisés hors service néphrologie étaient au nombre de 17, soit 34,69% et ils étaient repartis dans 07 services différents. L'âge moyen des patients était de 46 ans (21 – 88 ans). La sex-ratio en faveur des Hommes (27 H/22 F), soit 1,22. L'ancienneté en dialyse était de 50 mois (soit 04 ans) avec des extrêmes entre 06 mois – 12 ans. Les patients indigents au compte du service social minimum étaient de 44,90 %. Au total, 83,67 % des patients avaient une fistule artério-veineuse et 08 portaient un cathéter veineux central (dont 02 cathéters tunnés permanents). La durée de séjour en hospitalisation en moyenne était de 09 jours (02 – 45 jours). La néphropathie initiale des patients était dominée par la néphropathie hypertensive soit 61,2 %, suivi de la néphropathie indéterminée soit 20,4 %, ensuite la néphropathie diabétique à 6,12 % des cas. La plupart des patients était ré-hospitalisés dans le service soit 65,31 %, suivi de ceux de la chirurgie vasculaire et la pneumologie soit 8,16 % pour chacun et celui de la réanimation à 6,12 %, puis venaient les urgences et la cardiologie à 2,04 % chacun. Les services de neurologie et de gynécologie avaient hospitalisé 2,04 % des patients HDC (**Tableau I**).

Tableau I : Patients selon la néphropathie initiale et le service d'hospitalisation

Service	Effectif	Néphropathie initiale	Effectif
Néphrologie	32	Hypertensive	30
Réanimation	03	Indéterminée	10
Pneumologie	04	Diabétique	03
Chirurgie	04	Néphropathie lupique	02
Urgences	02	Néphropathie mixte	01
Cardiologie	02	GNC	01
Neurologie	01	NTIC	01
Gynécologie	01	HIVAN	01
Total	49	Total	49

GNC = glomérulonéphrite chronique NTIC = néphrite tubulo-interstitielle chronique HIVAN = néphropathie liée au VIH

Les indications d'hospitalisation étaient : 50 % des malades pour les infections, 10 % pour la chirurgie, 02 % en urgence tableau d'œdème aiguë du poumon, 16 % pour les accidents vasculaires cérébraux, 06 % pour le syndrome coronarien aiguë, 06 % des hémorragies digestives. Parmi les infections la pneumopathie bactérienne représentait 12 % et la septicémie dans 10 %. (**Tableau II**)

Tableau II : les indications selon les services d'accueil

Services	Indications	NP hospitalisé (%)
Chirurgie vasculaire et digestive	Chirurgie (PEC de la FAV et la Péritonite aigue)	10
Néphrologie	Infection	50
	AVC	16
	Douleur lithiasique	02
	Hémorragie digestive	06
Neurologie	Syndrome dépressif	02
	Encéphalopathie hypertensive	02
Cardiologie	Syndrome coronarien aigu	06
Urgence	OAP	02
Gynécologie	Ascite isolée (kyste ovarien)	04
Total		100

NP = nombre –patients ; AVC = accident vasculaire cérébral ; OAP = œdème aiguë du poumon ; FAV = fistule artério-veineuse ; PEC = prise en charge

L'évolution était favorable chez 33 patients (totalement guéris soit 67,35 %) et le décès observé dans 32,65 % dont les principales causes étaient : l'AVC dans 10 %, la septicémie dans 06 % et l'hémorragie digestive dans 04 %. Au total sur les 16 malades décédés, 09 étaient de sexe féminin et 07 masculins.

DISCUSSION

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) constitue un problème de santé publique dans le monde de par sa prévalence, la mortalité élevée et le coût de sa prise en charge. L'épidémiologie de l'IRCT est variable d'un pays à l'autre. L'IRC touche plus les sujets âgés dans les pays développés alors qu'elle affecte les plus jeunes dans les pays en voie de développement en particulier en Afrique Subsaharienne (20 – 50 ans) [1]. L'hémodialyse (HD) est le seul traitement de suppléance de l'IRCT pratiqué au Mali. La fréquence de la prise en charge en hémodialyse a considérablement augmenté au Mali. En 2012 environ 80 % des patients en IRCT étaient mis en hémodialyse [2]. Cette technique d'épuration extra-rénale a considérablement amélioré la qualité de vie des patients HDC mais l'IRCT n'est pas sans complications notamment cardiovasculaires, neurologiques, infectieuses pouvant nécessiter des hospitalisations intra-hospitalières et engageant souvent le pronostic vital. Cette étude nous a permis de constater l'augmentation de notre population hémodialysée chronique qui est passée de 230 patients en 2010 à 306 patients en 2020 en dix ans d'intervalle [3]. Nous avons retenu 49 patients admis dans différents services intra-hospitaliers, soit une prévalence de 16%. L'âge moyen était de 46 ans (21 – 88 ans), ce qui avoisine de celui retrouvé par K. Asad et al. [4] au Maroc, l'âge moyen de 51 ans (13 – 81 ans) mais approximative avec celui retrouvé par S. Mikou et al. [5] soit un âge moyen de 47,7 ± 20 ans (5 – 83 ans). Dans notre étude, le sex-ratio était en faveur des hommes, soit 1,22. Ce qui confirme la

littérature avec S. Mikou et al qui ont trouvé 1,53 en faveur des hommes. Dans notre cas, cela pourrait s'expliquer le fait revenu économique des patients de sexe masculin, soit 11 indigents sur 22 patients étaient à leur propre charge. L'ancienneté en hémodialyse était de 50 mois (soit 04 ans) avec extrême (06 mois – 12 ans). Une étude menée par M. Samaké et al en 2010 dans le service rapportait une durée en HD de 37 mois [3]. Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'amélioration des soins et l'augmentation du matériel HD. Ces données restent dessous de celles retrouvées au Maroc, soit 5,34 ans (02 semaines – 20 ans). Ceci pourrait s'expliquer par l'élévation de l'espérance de vie et la qualité de soins. Au cours de l'étude, 83,67 % des patients portaient une fistule artério-veineuse (FAV). Au Maroc, K. Asad et al ainsi S. Mikou et al ont respectivement trouvé 73,44 % et 67,54 % des patients porteurs de FAV. La durée de séjour en hospitalisation en moyenne était de 09 jours (02 – 45 jours). Nous avons trouvé que la néphropathie initiale était hypertensive dans 61,2 % ; diabétique dans 6,27 % et indéterminée dans 20,4 % des cas. Ce qui est largement au-dessus de ceux retrouvé par M. Samaké et al, avec la néphropathie initiale était vasculaire dans 31,4 % et les causes indéterminées dans 33,3 %. L'augmentation des taux dans notre étude s'explique par la réception des patients en consultation et/ou dès les premiers instants de l'hospitalisation au stade terminal de l'IRC. Au Maroc, la néphropathie initiale était diabétique dans 18 % et hypertensive dans 15 % des cas [5]. Dans notre étude, la majorité des patients ont été hospitalisé dans le service de néphrologie, soit 65,31 % des cas ; suivis de la chirurgie : 8,16 % et la pneumologie dans 8,16 %, ensuite la réanimation dans 6,12 % des cas. L'admission en urgence a été retrouvé dans 2,04 % des cas un contexte d'œdème aigue du poumon. Le taux élevé d'hospitalisation en néphrologie s'explique que la prise était faite en collaboration pluridisciplinaire de façon étroite. Au Maroc, K. Asad et al [5], ont retrouvé une admission en réanimation dans 46,09 %, en chirurgie dans 20,3 %, la cardiologie dans 14,06 % et la médecine interne dans 13,28 %. Dans notre étude, les indications d'hospitalisation étaient dominées par les infections dans 50 % des cas parmi lesquelles les pneumopathies bactériennes représentaient 12 % suivi des septicémies dans 10 % ; ensuite viennent les accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans 16 % des cas. Ce qui n'est pas loin de la littérature ou S. Mikou et al ont trouvé 33 % des cas d'infections et d'états de choc dans 13 % [5]. Au Maroc, K. Asad et al ont trouvé des indications pour la chirurgie dans 29,68 % et les infections dans 21,09 % des cas. Dans notre cas, le taux élevé des indications infectieuses s'explique par le souvent l'hygiène de vie du patient, les germes nosocomiaux de l'hôpital et le manque d'asepsie non rigoureuse des actes médicaux. Dans une étude menée par Y. Nlandu et al [6], il a été conclu que l'incidence de l'AVC varie entre 5,8 % et 6,7 %. Au cours de notre étude, nous avons trouvé que la mortalité était de 32,65 % des cas dont les principales causes étaient liées aux complications : l'AVC dans 10 %, le sepsis dans 6 % et l'hémorragie digestive dans 4 %. Ce qui nettement

supérieur à la littérature dont la mortalité varie entre 10,93 % - 20 % [3 ; 4] dont les causes sont lié aux complications choc septique et l'hémorragie cérébrale. L'étude a permis de trouver que la mortalité était plus élevée chez le sexe féminin, soit 56,25 % des cas. Ce qui est en accord avec l'étude de K. Asad et al [4] contrairement à celle de S. Mikou qui était le genre masculin [5]. Les facteurs liés à la mortalité étaient : le sexe féminin, le sepsis, l'hémorragie digestive.

CONCLUSION

La prise en charge préventive et thérapeutique pluridisciplinaire des complications de l'IRCT et autres pathologies de survenue chez l'hémodialysé chronique a un impact important pouvant diminuer leur mortalité intra-hospitalière.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent de n'avoir aucun lien d'intérêt.

Limites de l'étude

La durée de l'étude était limitée et un échantillon peu restreint, seulement 16 mois. L'efficacité de la qualité d'hémodialyse n'a été évaluée. La corrélation entre l'ancienneté en HD et la survenue de l'hospitalisation n'a pas été évaluée.

Points Forts

L'étude est la première de ce type dans le service ; elle a permis de renforcer la collaboration interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

RÉFÉRENCES

1. Hermine Fouda, Gloria Ashuntang, François Kaze, Marie-Patrice Halle. La survie en hémodialyse chronique au Cameroun. Pan African Medical Journal. 2017 ; 16 : 97
2. Abdoulaye To et al. Evolution des Patients hémodialysés chroniques au centre d'hémodialyse du CHU du Point G de Janvier 2010 à Décembre 2012. Thèse Med 2014
3. M. Samake, Kodio A, H. Yattara, M. Coulibaly, S. Sy, AS. Fofana, D. Diallo, SDB Coulibaly, M. Tangara, K Djiguiba, D. Maiga, AM. Dolo, S. Fongoro. Profil phosphocalcique des patients hémodialysés chroniques dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G. Healh Sci. Dis : Vol 20 (6) November – December 2019
4. K. Asad, S. Mdaghri, K. Zinz, N. Mtiouti, S. Elkhayat, M. Zamzd, G. Medkouri, M. Benghanem, B. Ramdani. Hospitalisation des patients HDC en dehors du service de néphrologie. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nephro.217.08.111>
5. S. Mikou, M. Ezziani, M.A. Lazrak, M. Arryhani. Hospitalisation des hémodialysés chroniques en dehors du service de néphrologie. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nephro.2103.07.231>
6. Y. M. Nlandu, F.B. Lepira, J.R.R. Makulo, Y.M Engole, J.I Luse, F.M Kajingulu, C.V Zinga, A.I Longo, V.M Mokoli, J.B Bukabau, E. K Sumaili, N. M Nseka. Incidence et facteurs de risque des AVC chez les patients suivis en hémodialyse chronique à Kinshasa : cohorte historique multicentrique. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nephro.2016.07.065>