

Contexte initial de prise en charge, qualité de vie à 3 mois et survie des patients dialysés pour insuffisance rénale chronique terminale dans deux départements français d'Amérique

Jacqueline M Deloumeaux, G Samut, Dévi-Rita Rochemont, Henri M Merault, Roger Dufresne, Valérie Galantine, Y Tirolien, Cécile Léonardi, Antoine Adenis, J Peruvien, et al.

▶ **To cite this version:**

Jacqueline M Deloumeaux, G Samut, Dévi-Rita Rochemont, Henri M Merault, Roger Dufresne, et al.. Contexte initial de prise en charge, qualité de vie à 3 mois et survie des patients dialysés pour insuffisance rénale chronique terminale dans deux départements français d'Amérique. Premier congrès de la Société francophone de néphrologie dialyse et transplantation (SFNDT), 2016, Strasbourg, France. 12, pp.259 - 287, 2016, 10.1016/j.nephro.2016.07.340 . inserm-01567195

HAL Id: inserm-01567195
https://inserm.hal.science/inserm-01567195

Submitted on 21 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

OE.04

Contexte initial de prise en charge, qualité de vie à 3 mois et survie des patients dialysés pour insuffisance rénale chronique terminale dans deux départements français d'Amérique

J. Deloumeaux [1,*], G. Samut [2], D. Rochemont [3], H. Merault [4], R. Dufresne [5], V. Galantine [6], Y. Tirolien [7], C. Leonardi [6], A. Adenis [3], J. Peruvien [2], M. Nacher [3], J.M. Gabriel [8]

[1] *Registre Rein, ECM-LAMIA EA 4540 université des Antilles, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*

[2] *Registre Rein, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*

[3] *Registre Rein, Inserm cic 1424, centre hospitalier de Cayenne–Andrée-Rosemon, Cayenne, Guyane française*

[4] *Service de néphrologie, CHU, centre de dialyse Audra, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*

[5] *Centre de dialyse, centre Dialybt, Basse-Terre, Guadeloupe*

[6] *Néphrologie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*

[7] *Néphrologie CHU, centre Dialybt, Basse-Terre, Guadeloupe*

[8] *Centre de dialyse, clinique de Choisy, Le Gosier, Guadeloupe*

[*] *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr (J. Deloumeaux)

Introduction L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est un problème de santé publique dans les départements français d'Amérique où la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle est près de 2 fois supérieure à celle de l'hexagone [1,2]. Le démarrage en urgence de la dialyse reste fréquent malgré les recommandations nationales. Nous avons étudié les facteurs associés au démarrage en urgence, la qualité de vie à 3 mois et la survie de patients en IRCT démarrant un 1er traitement de suppléance en Guadeloupe et en Guyane.

Patients et méthodes Une étude descriptive et pronostique de survie a été menée chez les patients en IRCT démarrant un premier traitement de suppléance entre janvier 2014 et juin 2015. Les données du REIN ont été complétées par des questionnaires de qualité de vie (SF-36 et KDQoL) administrés 3 mois après la 1re dialyse. Une analyse descriptive a été réalisée et des modèles de régression logistique uni- et multivariées ont été utilisés pour mesurer l'association entre le démarrage en urgence et les variables d'intérêt. La survie globale après la 1re dialyse a été estimée par la méthode de Kaplan–Meier.

Résultats Nous avons étudié 242 patients (184 en Guadeloupe, âge moyen : 65 ± 13,9 ans et 58 en Guyane, âge moyen : 58,5 ± 16,3 ans ; $p = 0{,}001$). Un démarrage en urgence était retrouvé chez 112 (46,5 %) patients (Guyane : 74,1 %, Guadeloupe : 37,7 %). En analyse multivariée, le démarrage en urgence était associé au nombre de consultations de néphrologie dans l'année précédant la dialyse (OR = 0,02 ; IC95 % [0,004–0,12], $p < 0{,}001$), au cumul d'au moins 3 comorbidités cardiovasculaires (OR = 4,71 ; IC95 % [1,12–19,7], $p < 0{,}05$) et à la création d'une FAV avant la 1re dialyse (OR = 0,21 ; IC95 % [0,07–0,29], $p < 0{,}01$). Le score de qualité de vie ne différait pas entre les groupes et n'était pas associé à la survie globale. La médiane de survie était comparable en Guadeloupe et en Guyane (10,7 mois vs 10,9 mois, $p = 0{,}25$). Elle était plus faible chez les patients ayant au moins 3 comorbidités (9,2 mois) et chez ceux n'ayant pas eu d'abord vasculaire préalable.

Discussion Cette étude montre que les principaux facteurs associés au démarrage en urgence sont le défaut de suivi néphrologique et l'absence de préparation à la dialyse des patients en IRCT.

Conclusion L'adaptation de l'offre de soins à la problématique de la maladie rénale chronique dans les DFA est un élément essentiel pour une prise en charge optimale des patients en IRCT.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Foucan L, Deloumeaux J, Hue K, Foucan T, Blanchet-Deverly A, Merault H, et al. High pulse pressure associated with cardiovascular events in patients with type 2 diabetes undergoing hemodialysis. Am J Hypertens 2005;18(11):1457–62.

[2] Merle S, Pierre-Louis K, Rosine J, Cardoso T, Inamo J, Deloumeaux J. Arterial-hypertension prevalence in the general population of Martinique. Rev Epidemiol Sante Pub 2009;57(1):17–23.

http://dx.doi.org/10.1016/j.nephro.2016.07.340

OE.05

Osmolalité urinaire à jeun : un marqueur de progression de la maladie rénale chronique

N. Tabibzadeh [1,*], M. Metzger [2], E. Letavernier [1], J.-J. Boffa [3], M. Flamant [4], F. Vrtovsnik [5], E. Thervet [6], P. Houillier [7], B. Stengel [8], J.-P. Haymann [1]

[1] *Explorations fonctionnelles multidisciplinaires, hôpital Tenon, Paris, France*

[2] *Équipe 5, Inserm UMR 1018, CESP, Villejuif, France*

[3] *Néphrologie et dialyse, hôpital Tenon, Paris, France*

[4] *Physiologie rénale, hôpital Bichat, université de Paris Diderot, Paris, France*

[5] *Département de néphrologie, hôpital Bichat, université de Paris Diderot, Paris, France*

[6] *Néphrologie, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France*

[7] *Inserm u1138, CNRS erl8228, centre de recherche des Cordeliers, Paris, France*

[8] *Équipe 5, épidémiologie rénale et cardiovasculaire, Inserm U1018, Villejuif, France*

[*] *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : tabnahid@gmail.com (N. Tabibzadeh)

Introduction Les troubles de concentration des urines ont été décrits dans des modèles expérimentaux d'insuffisance rénale. Ils ont été peu étudiés chez l'homme au cours de la maladie rénale chronique (MRC).

Patients et méthodes Cette étude prospective longitudinale de la cohorte Nephrotest a inclus 2084 patients ayant une MRC (stades I à V) avec une mesure du débit de filtration glomérulaire (DFGm) par la clairance rénale du 51Cr-EDTA, ainsi qu'un bilan complet comprenant une mesure de l'osmolalité urinaire à jeun (Uosm). Le devenir de 1796 patients a été analysé après exclusion des perdus de vue, des MRC stade V et des patients n'ayant pas eu de mesure d'Uosm et de la natrémie à jeun.

Résultats La médiane de suivi était de 5,2 ans [2,9–7,5]. Une baisse d'osmolalité urinaire à jeun était associée à un risque significativement augmenté d'insuffisance rénale terminale nécessitant un traitement de suppléance (IRCT). La relation persiste après stratification sur le niveau de fonction rénale et ajustement sur les données sociodémographiques, les facteurs de risques connus d'IRCT (comprenant le rapport albumine/créatinine urinaires [ACR], le type de néphropathie et le diabète) et la natrémie. Le risque relatif d'évolution vers l'IRCT pour le tertile le plus bas d'Uosm (< 445 mosm/kgH_2O chez l'homme, < 404 mosm/kgH_2O chez la femme) comparé au tertile le plus haut (> 557 mosm/kgH_2O chez l'homme, 522 mosm/kgH_2O chez la femme) était de 2,24 [1,43–3,50]. Uosm n'était pas associé avec la mortalité. En analyse multivariée, Uosm était corrélée au DFGm ($b = 0{,}36$ $p < 0{,}0001$), à l'osmolalité urinaire des 24 h ($b = 0{,}43$, $p < 0{,}0001$), à l'ammoniurie des 24 h ($b = 0{,}08$, $p < 0{,}0001$), et inversement à la diurèse des 24 h ($b = -0{,}53$, $p < 0{,}0001$), à l'ACR ($b = -0{,}14$, $p < 0{,}0001$) et au pH urinaire à jeun ($b = -0{,}11$, $p < 0{,}0001$).

Discussion Les troubles de concentration des urines sont le témoin de l'atteinte médullaire rénale.