



Article original

Impact en termes de morbi-mortalité d'une longue attente en insuffisance rénale chronique terminale avant la mise en hémodialyse au centre national d'hémodialyse CHU Donka

Impact in terms of morbidity and mortality of a long wait in chronic end-stage renal failure before initiation of haemodialysis at the CHU Donka national haemodialysis center

FA Sandouno\*<sup>1,2</sup>, AY Diallo<sup>1,2</sup>, MM Diallo<sup>1,2</sup>, AOA Wassi<sup>1,2</sup>, ML Kaba<sup>1,2</sup>, AO Bah<sup>1,2</sup>

Résumé

Introduction : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une longue attente chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) avant l'initiation de l'hémodialyse au centre national d'hémodialyse du CHU Donka.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif à visée analytique, réalisée sur une période de 6 mois, du 1er octobre 2022 au 31 mars 2023. Tous les patients atteints d'insuffisance rénale chronique de stade V, non hémodialysés et ayant accepté de participer à l'étude, ont été inclus.

Résultats : Sur 122 patients atteints d'IRC, 96 n'étaient pas hémodialysés, soit 78,6 %. L'âge moyen était de 60 ± 18 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 87 ans, et un sex-ratio de 1,7 en faveur des hommes.

Les signes cliniques étaient dominés par l'asthénie physique (92,7 %), la dyspnée (56,3 %), l'épigastrie (34,3 %) et le vertige (31,2 %). La diurèse était préservée chez 61,4 % des patients, avec une prédominance de 55,2 % de patients ayant un DFG entre 1 et 5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Le temps d'attente moyen était de 7,5 à 8,9 mois, et les raisons de cette attente étaient dominées par un manque de soutien financier dans 68,7 % des cas. La néphropathie vasculaire était la plus fréquente, avec une prévalence de 38,5 %, suivie de la néphropathie glomérulaire dans 31 % des cas.

Conclusion : Il reste encore beaucoup à faire, tant en matière de prévention que d'amélioration des soins, ce qui nécessite une implication accrue de l'État dans ce domaine.

Mots-clés : Insuffisance rénale terminale, hémodialyse, néphrologie, Donka.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the impact on morbidity and mortality of a long wait in CKD before initiation of hemodialysis at the CHU Donka national hemodialysis center.

Methodology: This was a cross-sectional study of descriptive type with analytical purpose lasting 6 months from October 1, 2022 to March 31, 2023.

All non-hemodialysed stage V chronic kidney disease

patients who agreed to participate in the study were included.

Results: Out of 122 CKD patients, we recorded 96 non-hemodialysed CKD patients, i.e. 78.6%. The mean age was 60 +/- 18 years, with extremes from 18 to 87 years, and the sex ratio was 1.7 in favor of men. Clinical signs were dominated by physical asthenia 92.7%, dyspnea 56.3%, epigastralgia 34.3% and vertigo 31.2%.

Diuresis was preserved in 61.4% of patients, with a 55.2% predominance of patients with a GFR between 1-5 ml/mn /1.73 m<sup>2</sup>.

The average waiting time was 7.5 to 8.9 months, and the reasons for waiting were dominated by a lack of financial support in 68.7% of cases.

Vascular nephropathy was the most common, with a prevalence of 38.5%, followed by glomerular nephropathy in 31% of cases.

Conclusion: We still have a long way to go, both in prevention and in improving care, which requires greater state involvement in this field.

Keywords: End-stage renal failure, hemodialysis, nephrology, Donka.

## Introduction

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est la diminution pendant plus de trois mois du DFG < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> associant un ou plusieurs marqueurs d'atteinte rénale. Elle résulte de la destruction progressive et irréversible d'un grand nombre de néphrons fonctionnels. Sans traitement, elle évolue vers le stade terminal (DFG < 15ml/min/1,73m<sup>2</sup>) où la survie des patients se limite à quelques mois[1].

Selon l'OMS l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est la 12ème cause de mortalité et la 17ème cause de morbidité dans le monde et serait à l'origine d'environ 1 % des décès. Elle a été reconnue comme un problème mondial de santé publique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement à cause de la croissance de son incidence, de sa prévalence mais aussi de ses

conséquences médicales, sociales et économiques. Entre 1990 et 2010, le taux de mortalité lié à l'IRCT a augmenté de 15 % [2,3].

En effet, les facteurs de risque de la maladie rénale chronique sont multiples, le principal facteur de risque de survenue de l'IRCT est le diabète de type 2. Le diabète et l'hypertension sont les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde, de même les facteurs de mauvais pronostic de cette maladie ont été identifiés, incluant des données démographiques, cliniques et biologiques[4]. Le poids de l'IRCT sur la mortalité est important et en augmentation, justifiant d'autant plus une prise en charge médicale optimale de ces patients [5,6].

La prise en charge de l'IRCT est laborieuse, onéreuse et difficilement accessible aux patients surtout dans les pays en voie de développement. Dans les milieux riches en ressources, le traitement des patients atteints de l'IRCT comprend l'hémodialyse (HD), la dialyse péritonéale et la transplantation rénale [7].

Le traitement non dialytique (ND) est devenu une modalité de traitement reconnue et important en phase terminale. Cependant, on sait peu de choses sur le pronostic de survie des patients n'ayant pas bénéficié de l'HD[8,9].

En Angleterre, en 2013, Hussain et coll.[10] ont rapporté une mortalité de 47% chez les patients en IRCT bénéficiant du traitement conservateur et que le score de comorbidité de Charlson était un facteur de risque associé au décès.

Au Pays Bas, en 2016, Verbene et coll.[11] dans une étude ont rapporté une mortalité de 39% chez les patients IRCT âgé de 80 ans bénéficiant d'un traitement conservateur et que le score de comorbidité de Davie était un facteur de risque associé au décès.

En Guinée, la majorité des patients n'ont pas accès à des soins adéquats. En effet, la Guinée est un pays à ressources limitées : elle ne dispose que d'un centre public d'hémodialyse à l'échelle du pays situé dans sa capitale Conakry. En plus, l'approvisionnement de ce seul centre en consommables est irrégulier et insuffisant. De même, l'augmentation exponentielle de ces patients en IRCT crée ainsi une longue file

d'attente et serait donc à l'origine d'une mortalité galopante dans cette catégorie de patients. Les patients qui accèdent finalement à l'hémodialyse reçoivent souvent deux séances par semaine et ceux n'ayant pas pu bénéficier de l'HD reçoivent une forme limitée de soins palliatifs, mettant l'accent sur le soulagement des symptômes [12].

En Guinée, en 2015, Kaba et coll. [13] ont rapporté une mortalité de 27% chez les patients en IRCT non dialysé avec les comorbidités cardiovasculaire, infectieuse, héréditaire et tumorale.

Dans l'optique d'améliorer la prise en charge des patients en attente de l'hémodialyse, il nous a paru nécessaire de faire l'état des lieux sur la morbi-mortalité des patients en IRCT.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la morbidité et de la mortalité d'une longue attente en IRCT avant la mise en hémodialyse au Centre National d'hémodialyse CHU Donka.

## Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale de type descriptif à visé analytique d'une durée de 6 mois allant du 1er octobre 2022 au 31 mars 2023.

Étaient inclus dans notre étude les patients insuffisants rénaux chroniques ayant une clairance de la créatininémie  $\leq$  à 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, non hémodialysés suivi au CHU Donka depuis plus d'un mois ayant accepté de participer à notre étude.

Nos variables ont été quantitatives et qualitatives réparties en données :

**Données socio-démographiques :** prévalence, l'âge, sexe, provenance, prévalence de l'IRCT.

## Données cliniques

-Motifs de consultation : Nausées, Vomissements, Oligurie, Anurie, Hématurie, Céphalées, Vertiges, Crampes musculaires, Epigastrie, Asthénie physique, Prurit, Œdèmes des Membres Inférieur, Bouffissure du visage.

-L'Hypertension artérielle : était définie selon que le

patient était connu hypertendu, suivi en ambulatoire dans le service ou à l'admission l'interrogatoire montre qu'il était hypertendu connu depuis des années sous traitement.

-L'insuffisance rénale chronique terminale : était définie par la présence des marqueurs d'atteintes rénales de plus de trois mois associée à un débit de filtration glomérulaire inférieur à 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> de surface corporelle.

- Facteurs de risques cardiovasculaires : Nous avons recherché les principaux facteurs de risque suivant :

Âge : a été défini comme un FDRCV pour un âge  $\geq$  50 ans chez l'homme et un âge  $\geq$  60 ans chez la femme ;

HTA : a été définie par une PAS  $\geq$  140 mmHg et / ou une PAD  $\geq$  90 mmHg.

Tabagisme : a été défini par une consommation de cigarette actuelle ou ancienne (3ans d'arrêt) exprimée en nombre de paquets année (20Pa).

Obésité : a été définie à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) ;  $IMC = P(Kg)/T^2(m)$  ; P= Poids ; T= Taille. Selon l'OMS, l'obésité =  $IMC \geq 30$ .

Diabète : a été défini dans notre étude par tout patient ayant une glycémie à jeun  $>$  7mmol/l soit 1,26g /l ou atteignant 11mmol/l soit en post prandial.

Sédentarité : a été définie comme l'absence d'activité physique régulière pendant environ 30mn par jour.

Alcoolisme : a été défini par la consommation régulière d'alcool ( $\geq$  3 verres de vin /jour chez l'homme et  $\geq$  2 verres de vin/jour chez la femme).

-Types de Néphropathie :

En absence des données anatomopathologiques, les critères cliniques et biologiques ont été utilisés pour la classification des néphropathies suivantes :

Néphropathies vasculaires, glomérulaires, tubulo-interstitielle et diabétique.

-Les données biologiques étaient : la créatininémie, l'urée, Bandelette urinaire, NFS, réticulocytes, ionogramme sanguin, calcémie, acide urique, bilan hépatique, sérologie HIV, HVB, HVC)

-Imagerie : Radiographie pulmonaire, Echographie rénale, Echographie cardiaque,

Autres : Électrocardiogramme (ECG), Fond d'oeil (FO)

## Données thérapeutiques et évolutives

-Traitement conservateur : c'est tout patient en insuffisance rénale chronique terminal n'ayant pas bénéficié de traitement de suppléance rénale (Hémodialyse)

-Hémodialyse : tout patient en insuffisance rénale chronique au stade terminal n'ayant bénéficié des séances d'épuration extra-rénales.

Modalités évolutives :

-Amélioré : était définie par l'amélioration des signes cliniques sous traitement conservateur chez un patient en IRCT.

-Complicé :

Sur le plan Cardiovasculaire : Insuffisance cardiaque, AVC, péricardite

Sur le plan Endocriniennes et nutritionnelles : amaigrissement (hypo-albuminémie, pré-albumine basse)

Sur le plan Hématologiques : anémie par déficit en erythropoétine

-Sortie Contre Avis Médical : était définie par la sortie du patient sans accord de son médecin traitant

-Décédé : tout patient décédé au cours de son hospitalisation

Délais d'Attente de prise en charge hémodialyse :

-Délais court : moins 01 mois

-Délais long : plus d'01 mois,

Raisons du retard :

-Coût financier des séances d'hémodialyse dialyse,

-Problème de logement,

-Difficulté d'approvisionnement en consommable,

-Difficulté d'insertion sociale et professionnelle,

-Mauvaise information sur la maladie.

## Collecte des données

La colléte des données a été faites à l'aide d'une fiche d'enquête à travers un questionnaire.

La saisi et l'analyse à l'aide des logiciels Pack Microsoft Office. Word, Excel 2016, KoBoCollect et SPSS Version 21.

Des proportions ont été calculées pour les variables qualitatives.

Les variables quantitatives ont été exprimées sous

forme de médiane, de moyennes avec leurs écart-types. Pour la corrélation entre la variable dépendante et les différentes variables indépendantes, nous avons utilisé le test de Chi2 ou test exact de FISHER pour rechercher une liaison entre les variables qualitatives. Le seuil de significativité est de 5%, p-value<0,05 a été considérée comme statistiquement significative. Une analyse de régression logistique uni variée a été utilisée pour analyser les facteurs associés aux décès.

## Considérations éthiques

Avant toute administration du questionnaire, le consentement oral, libre et éclairé de chaque patient a été demandé. Nous avons respecté l'anonymat dans la restitution des données. Le protocole avait été soumis et approuvé par un collège médical CHU de Donka. Les informations ont été collectées et traitées confidentiellement avec strict respect de la déontologie médicale

## Résultats

Nous avons enregistré 96 patients IRCT non hémodialysés soit 78.6% et 26 patients IRCT hémodialysés soit 21.4%. L'âge moyen de nos patients était de  $59,95 \pm 18,2$  ans avec des extrêmes :18 à 87 ans. la majeure partie de nos patients était masculin soit 58.4% (53). Les raisons d'attentes de mise en dialyse étaient prédominées par le manque de prise en charge financière soit 68.7% (66), suivi d'un manque de place soit 39.5% (38). Tableau I

La durée moyenned'attente pour la mise en dialyse était de 7.5 mois avec une majorité entre 2 à 6 mois.

Figure 1

Il ressort de notre analyse statistique, un lien statistiquement significatif entre les comorbidités telles que l'HTA (p<0,001), le diabète(p<0,001), l'AVC ischémique(p<0,001), l'insuffisance cardiaque(p<0,001), l'HBP(p=0,004), la TVP(p=0,036), la cardiopathie hypertensive(p=0,001), la cardiopathie urémique(p=0,001), l'hépatite B(p=0,048), la tuberculose(p=0,036), et le cancer de la prostate(p=0,012), et le délai d'attente (p<0,001).

Sur le plan biologique, la mortalité était corrélée à une CRP élevée (p value 0.004), ainsi qu'à l'anémie sévère avec Thb inf 7g/dl (P=0.001), hyperkaliémie sup 6 mmol/l (p=0.039), hyperuricémie (0.047), hypocalcémie inf 2 (p inf 0.001), FEVG inf 50%, DFG inf ou égale 10ml/mn/1.73m2 (p inf 0.001). Tableau II

Selon les néphropathies initiales, la néphropathie vasculaire était la plus fréquente soit 38.5% (37).

Selon l'évolution, 15.6% des patients étaient décédés (15.6) et la principale cause de décès était l'arrêt cardiorespiratoire soit 53.3%. Tableau III

Tableau I : Répartition des 96 patients non hémodialisés en IRCT selon les données socio-démographiques et les raisons du retard de la prise en hémodialyse

Paramètres socio-démographique	Effectifs	(%)
<b>Prévalence</b>		
IRCT non hémodialisés	96	78,6%
IRCT Hémodialisés	26	21,4%
<b>Age</b>		
< 60	53	55,21
≥ 60	43	44,79
Age moyen: 59,95 ± 18,2 ans	<b>extrêmes :18 à 87 ans</b>	
<b>Sexe</b>		
Masculin	59.4	58.4
Féminin	40.6	41.6
<b>Raisons d'attente</b>		
Manque de prise en charge financière	66	68,7
Manque de place	38	39,5
Non proximité du centre de dialyse / logement	36	37,5
Transport	22	22,9
Mauvaise information sur la maladie	15	15,6
Difficulté d'insertion par manque de consommable	2	2

Tableau II : Répartition des patients selon les comorbidités en fonction de la durée d'attente.

Comorbidités	Durée d'attente (Mois)						P value
	≤ 1	2 à 6	7 à 12	13 à 18	19 à 24	>24	
HTA	15(17%)	47(53%)	10(11%)	4 (4%)	6 (6%)	5 (5%)	<0,001
Diabète	15(20%)	39(52%)	8 (10%)	3(4,1%)	5 (6%)	3(4,1%)	<0,001
AVCI	0 (0%)	1(25%)	0 (0%)	0 (0%)	1(25%)	2 (50%)	0,003
I. Cardiaque	0 (0%)	3(17%)	4 (23%)	2 (11%)	5(29%)	3 (17%)	<0,001
C.Hypertensive	0 (0%)	0 (0%)	3 (27%)	2 (18%)	4(36%)	2 (18%)	<0,001
C. Urémique	0 (0%)	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	0(0%)	1 (20%)	<0,001
TVP	0 (0%)	1 (20%)	2 (40%)	0 (0%)	1(20%)	1 (20%)	<0,001
Tuberculose	0 (0%)	0 (0%)	3 (60%)	0 (0%)	2(40%)	0 (0%)	<0,001
Hépatite	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0,023
Drépanocytose	0 (0%)	0 (0%)	1(100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,061
HBP	0 (0%)	0 (0%)	1 (16%)	1 (16%)	2(33%)	2 (33%)	0,001
Cancer de prostate	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	1(50%)	0 (0%)	<0,001
Kyste ovarien	0 (0%)	0 (0%)	1(100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,068

Tableau III : Répartition des patients non dialysés en IRCT au service de néphrologie selon les résultats du bilan biologique sanguin, urinaire et cardiaque en fonction des modalités évolutives.

Paramètres	Evolution			P value	
	Améliorés n =21	Complicqués n =49	Décédés n = 15		
CRP positive	3 (6 %)	23 (52 %)	14 (31 %)	0,004	
Anémie(Hb<7g/dl)	0 (0 %)	8 (40 %)	12 (60 %)	<0,001	
kaliémie>6 mmol/l	4 (19 %)	17 (70 %)	3 (11 %)	0,039	
Hyperuricémie	11 (20 %)	32 (59 %)	7 (12 %)	0,047	
Calcémie <2mmol	7 (10 %)	44 (66 %)	12 (18 %)	<0,001	
HbA1c> 7%	0 (0 %)	5 (62 %)	3 (37 %)	0,066	
Protéinurie ≥ 3 g/l	2 (40 %)	2 (40 %)	1 (20 %)	0,059	
hépatique(TP)	4 (50 %)	2 (25 %)	2 (25 %)	0,061	
Cardiaque(FE < 50 %)	0 (0 %)	13 (59,1 %)	9 (40 %)	<0,001	
DFG	0-10	19 (26 %)	39 (53 %)	15 (20 %)	<0,001
ml/mn	11-15	2 (8 %)	10 (43 %)	0 (0 %)	

Tableau IV : Répartition des 96 patients non hémodialysés en IRCT selon la néphropathie initiale, les modalités évolutives et causes de décès.

Paramètres	Effectifs	(%)
<b>Néphropathie initiale</b>		
Vasculaire	37	38,5
Glomérulaire	31	32,3
Indéterminée	15	15,6
Diabétique	10	10,4
Tubulo-interstitielle	2	2
Total	96	100
Amélioré	21	5.2
Compliqué	49	30
Décédés	15	15,6
Sortis contre avis médicale	11	3,1
Total	96	100
<b>Causes de décès</b>		
Arrêt cardio-respiratoire	08	53,3
Surcharge hydrique	03	20
Choc septique	02	13,3
Constataion	02	13,3

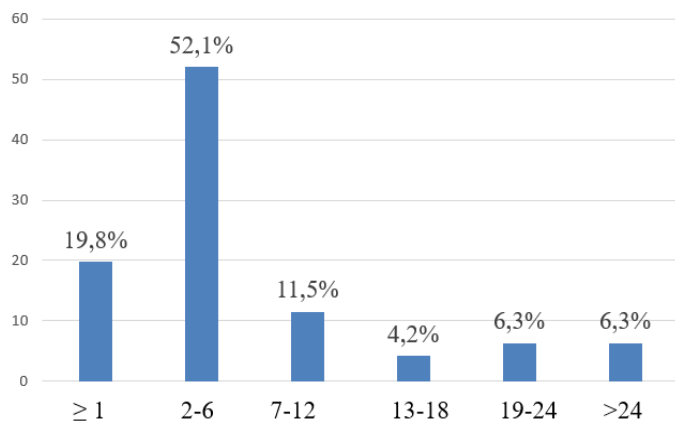


Figure 1 : Répartition des 96 patients non hémodialysés en IRCT selon la durée d'attente.

### Discussion

Durant notre étude sur 220 patients reçus en consultation et/ou hospitalisés au service de néphrologie, nous avons enregistré 198 cas d'IRC parmi lesquels 122 étaient IRCT dont 96 non dialysés immédiatement, soit une fréquence de 78,6%. Nos résultats sont supérieurs à celui trouvé par Kaba ML et

col.[13] en Guinée qui ont rapporté une fréquence de 61% des patients au stade terminal non dialysés. Ceci s'expliquerait d'une part par le manque de couverture social pouvant accompagner ces patients dans le processus de dialyse, et d'autre part par le manque de recrutement au sein de l'unité de dialyse car il n'existe qu'un seul centre de dialyse publique en Guinée donc insuffisant pour la prise en charge des cas IRCT en croissance. L'âge moyen des patients était de 59,95 ± 18,2 ans avec des extrêmes de 18 à 87 ans, diffère de ceux de Ramilitiana B et col [14] à Madagascar qui (45,44 ans. Cette prédisposition liée à l'âge confirme que l'âge est un facteur de risque IRC.

Durant notre étude nous avons enregistré une prédominance masculine 59.4 (58.4%) avec un ratio 1.42%, comparable aux résultats de Toure et coll. [15] au Burkina en 2022 et de Cheurfa et coll. [16] en Algérie en 2015. Il ressort de l'étude Shustermann et al. Suggèrent que les femmes pré ménopausées seraient plutôt protégées contre l'IRC et progresseraient moins

vite vers l'insuffisance rénale terminale [17]. Il serait probable que la production hormonale chez la femme constitue un facteur protecteur avant la ménopause [18].

La durée d'attente des patients en IRCT avant la mise en dialyse était inférieure à celle retrouvée par Rouveure et coll [19] en France en 2016 (442,8 ± 59 jours, soit 15 mois). Cette différence pourrait s'expliquer par la nature de l'échantillonnage où notre étude a considéré l'ensemble des patients en IRCT contrairement à celui de Rouveure qui portait sur l'IRCT du sujet âgé et la disponibilité des centres de dialyses ainsi que la présence d'une couverture sociale pour ces patients.

Dans notre étude, les principales raisons d'une longue attente avant la mise sous dialyse étaient le manque de prise en charge financière, suivi du manque de place et à la non proximité du centre de dialyse. Yawovi et al.[20] au Togo en 2021 ont rapporté que l'hémodialyse était considérée très chère par 95,1% des patients. Dans notre pays il n'existe pas d'assurance maladie, la rareté de centres de dialyse publique (1 seule centre pour tout le pays ) ce qui rend aussi l'accès difficile pour les patients venant des zones reculées et la cherté des centres privés avec un bas niveau de revenu pour ces patients.

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la durée d'attente de mise en dialyse et les comorbidités telle que l'HTA ( $p < 0,001$ ), le diabète ( $p < 0,001$ ), l'AVC ischémique ( $p < 0,001$ ), l'insuffisance cardiaque ( $p < 0,001$ ), l'HBP ( $p = 0,004$ ), la TVP ( $p = 0,036$ ), la cardiopathie hypertensive ( $p = 0,001$ ), la cardiopathie urémique ( $p = 0,001$ ), l'hépatite B ( $p = 0,048$ ), la tuberculose ( $p = 0,036$ ), et le cancer de la prostate ( $p = 0,012$ ).

Mourad R et col. rapportent dans leur étude algérienne, la mortalité par IRCT était associée au sexe féminin (Odds Ratio ajusté (ORa) = 2,34), au diabète (ORa = 4,72), à la dyslipidémie (ORa = 3,21) et au taux d'hémoglobine < 10 g/dL (ORa = 2,6) [21].

Sur le plan biologique, la mortalité était corrélée à une CRP élevée ( $p$  value 0.004), l'anémie sévère avec Thb inf 7g/dl ( $P = 0.001$ ), hyperkaliémie sup 6 mmol/

l ( $p = 0.039$ ), hyperuricémie (0.047), hypocalcémie inf 2 ( $p$  inf 0.001), FEVG inf 50%, DFG inf ou égale 10ml/mn/1.73m<sup>2</sup> ( $p$  inf 0.001).

Selon les néphropathies initiales, la néphropathie vasculaire était la plus fréquente soit 38.5% (37), or Mina A et col. dans une étude marocaine, avaient rapporté que la néphropathie diabétique était plus fréquente soit 32% [22], cela est dû au fait que l'HTA et le diabète sont les principaux facteurs de risques cardiovasculaires dans notre population.

Selon l'évolution, 15.6% des patients étaient décédés (15.6) et la principale cause de décès était l'arrêt cardiorespiratoire soit 53.3%.

## Conclusion

La fréquence des patients en IRCT non hémodialysés reste importante plus de 2/3 (78,6%) avec une prédominance des sujets âgés de sexe masculin. Les comorbidités cardiovasculaires étaient corrélés à la durée d'attente. Nous avons enregistré 15,6% de décès dont la longue durée d'attente était un facteur déterminant.

Le dépistage précoce permettrait de préparer le patient à accepter sa maladie et la prise en charge qui en découle donc à favoriser.

Une création des mutuelles de santé-assurance et des nouvelles unités d'hémodialyses à l'intérieur du pays permettraient de réduire considérablement la durée d'attente d'une part mais aussi la morbi-mortalité liée à cette maladie

## Remerciement

Nous adressons nos sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs conseils, leurs écrits et leurs critiques ont guidé mes réflexions et ont accepté de nous rencontrer et de répondre à nos questions durant nos recherches.

## Ce que l'on sait du sujet

L'IRCT est fréquente dans nos pays en voie de développement tel que la Guinée et constitue un



problème de santé publique.

### Ce qui est nouveau dans notre étude

Cette étude a révélée une fréquence importante de retard de prise en charge dialytique chez nos patients en IRC stade V soit 78.6% et associé à un taux de mortalité conséquent de 30%.

### Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la collecte des données, à l'analyse et à la rédaction du manuscrit. Le manuscrit final a été lu et accepté par tous les auteurs.

---

### \*Correspondance

SANDOUNO Fara André

[faraandresandouno@gmail.com](mailto:faraandresandouno@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 15 Mars 2025

1 : Service de Néphrologie- Hémodialyse CHU Donka, Conakry, Guinée

2 : Université Gamal Abdel Nasser de Conakry République de Guinée

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

**Conflit d'intérêt** : Aucun

### Références

[1] Muleka Ngoie S, Mulenga P. Maladie rénale chronique : facteurs associés, étiologies, caractéristiques cliniques et biologiques à Lubumbashi / 2017 / République Démocratique du Congo.

[2] Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009;4:1611–9.

[3] Joly D, Anglicheau D, Alberti C, Nguyen A-T, Touam M, Grünfeld J-P, et al. Octogenarians reaching end-stage renal disease: cohort study of decision-making and clinical outcomes. *J Am Soc Nephrol*. 2003;14:1012–21.

[4] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2095–128.

[5] Atkins RC. The epidemiology of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2005:S14–18.

[6] Raiah M, Henien Djelloul Saiah A. Insuffisance rénale chronique terminale : mortalité et facteurs de mauvais pronostic dans une série algérienne de 72 cas. *J Am Soc Nephrol*. 2018;14:1012–21.

[7] Ahoui S, Dovonou CA, Vigan J, Agboton BL, Alassani CA, Doritchamou E, et al. Fréquence et facteurs associés à l'insuffisance rénale chronique dans le service de médecine interne du centre hospitalier universitaire départemental du Borgou. *Rev Afr Médecine Interne*. 2021;8:8–16.

[8] Arefzadeh A, Lessanpezheshki M, Seifi S. The cost of hemodialysis in Iran. *Saudi J Kidney Dis Transplant*. 2009;20:307.

[9] Ijeoma CK, Ulasi II, Kalu AO. Cost implications of treatment of end-stage renal disease in Nigeria. *Int J Med Health Dev*. 1998;3:95.

[10] Hussain JA, Mooney A, Russon L. Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease. *Palliat Med*. 2013;27:829–39.

[11] Verberne WR, Geers ABMT, Jellema WT, Vincent HH, van Delden JJM, Bos WJW. Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11:633–40.

[12] Levin A, Stevens PE, Bilous RW, Coresh J, Francisco ALMD, Jong PED, et al. Kidney

disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3:1–150.

pronostic dans une série algérienne de 72 cas. *Batna J Med Sci.* 2017;4(1):27-31.

[13] Kaba ML, Amm N, F D, Ao B, M T, I C, et al. Prévalence de l'insuffisance chronique terminale traitée à Conakry. *Néphrologie et thérapeutique.* 2015;11(5).

[22] Mina A, et al. Evolution des patients en insuffisance rénale chronique stade V et facteurs prédictifs d'initiation de la dialyse. *European Scientific Journal.* 2023;19(12):123-35.

[14] Ramilitiana B, Rakotoarivony ST, et Coll. Profil épidémiologique et devenir des insuffisants rénaux chroniques bénéficiaires d'hémodialyse au CHU HJRB Antananarivo Madagascar. *Rarmu.org.* 2010;2(1):11-1.

#### **Pour citer cet article :**

FA Sandouno, AY Diallo, MM Diallo, AOA Wassi, ML Kaba, AO Bah. Impact en termes de morbi-mortalité d'une longue attente en insuffisance rénale chronique terminale avant la mise en hémodialyse au centre national d'hémodialyse CHU Donka. *Jaccr Africa* 2025; 9(1): 195-204

<https://doi.org/10.70065/2591.jaccrAfri.006L011503>

[15] Toure AO, Balde MD, Diallo A, Camara S, Soumah AM, Sall AO, et al. The direct cost of dialysis supported by families for patients with chronic renal failure in Ouagadougou (Burkina Faso). *BMC Nephrol.* 2022;23:222.

[16] Cheurfa T, Tlilane NK. L'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie : Aspects épidémiologiques et économiques. *Les Cahiers du CREAD.* 2015;112:113-35.

[17] Shustermann S, Strom BL, Murray TG, West SL, Maisling. Risk Factors and Outcome of Hospital-Acquired Acute Renal Failure: Clinical Epidemiologic Study. *Am J Med.* 1987;83:65–71.

[18] Yao N'Dri ME. Les facteurs de risque cardiovasculaires traditionnels chez les insuffisants rénaux chroniques à l'hôpital national Donka. Thèse de doctorat d'état en médecine; Université Gamal Abdel Nasser, Conakry. 2015.

[19] Rouveure A-C, et al. Traitement conservateur, hémodialyse ou dialyse péritonéale chez le sujet âgé : le choix du traitement ne modifie pas la survie. *Néphrol Ther.* 2015;824:6.

[20] Yawovi M, Badomta D, Georges T, Anani A, Edem C, Amah D, et al. Insuffisance rénale chronique et hémodialyse à Lomé : l'hémodialysé et son entourage sont-ils bien informés ? *PAMJ.* 2021;39(85).

[21] Mourad R, et al. Insuffisance rénale chronique terminale : mortalité et facteurs de mauvais