



Deuxième Journée Scientifique organisée par la Société Malgache de Néphrologie à l'occasion de la Journée Mondiale du Rein

Antananarivo, 10 Mars 2011

R 01. Complications des FAV chez les hémodialysés vus à l'HJRA

Rajaobelison T, Rajaonahary T,
Randrianjaka HF, Rabenitany AL,
Rakotoarisoa AJC, Ravalisoa MLA

*USFR de Chirurgie Cardio-thoracique
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Résumé. Les complications cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité des dialysés chroniques. L'objectif de cette présentation est de montrer l'importance de la surveillance d'une fistule artério-veineuse chez les hémodialysés.

Dans notre pratique quotidienne nous avons rencontré trois (3) cas de syndrome d'hyper-débit et deux (2) cas d'anévrismes veineux sur fistule artério-veineuse. Pour les syndromes d'hyper débit, nous avons effectué soit un banding, soit la fermeture de la fistule et création d'une autre. Les anévrismes ont été mis à plat. Les suites opératoires de ces complications ont été favorables dans tous les cas, permettant ainsi une amélioration de la qualité de vie de ces dialysés.

La création des fistules artério-veineuses est un acte chirurgical qui mérite un suivi post-opératoire impliquant les chirurgiens, les néphrologues et le personnel médical en service d'hémodialyse.

R 02. Recommandations sur la revasculari- sation dans le cadre des sténoses de l'artère rénale

Rajaonahary TMA, Rajaobelison T,
Randrianjaka HF, Rabenitany L,

Ravalisoa MLA

*USFR de Chirurgie Cardio-thoracique
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Résumé. La sténose de l'artère rénale (SAR) qui est d'origine athéromateuse dans 90% des cas, constitue un puissant marqueur de mortalité cardio-vasculaire. Le nombre de revascularisation de l'artère rénale a considérablement augmenté depuis l'avènement des techniques endovasculaires. Or, le succès rapporté par cette procédure semble être très modeste par rapport au traitement médical seul, aussi bien sur le contrôle de l'hypertension artérielle que sur la progression de l'insuffisance rénale. Cette présentation a pour objectif de déterminer la place actuelle de la revascularisation dans la prise en charge de la SAR.

Ces dernières années, plusieurs critères ont été pris en compte pour indiquer une revascularisation malgré la déception par rapport au bénéfice attendu. La revascularisation chirurgicale est pratiquement abandonnée au profit de l'angioplastie endoluminale avec ou sans stent. La tendance actuelle oriente vers une abstention de la revascularisation suite à l'absence de différence significative par rapport au traitement médical seul. Trois essais randomisés contrôlés (DRASTIC, STAR, ASTRAL) témoignent de l'absence de bénéfice réel de la revascularisation et un autre essai randomisé est en cours (CORAL) afin de sortir une nouvelle recommandation sur la prise en charge des SAR.

R 03. Néphropathie hypertensive : profil épidémiologique et pronostique

Randremandranto RNS, Ramilitiana B,

Randriamarotia HLW

USFR de Néphrologie

Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana

CHU Antananarivo

Résumé. L'hypertension artérielle (HTA) constitue un problème de santé publique. Peu d'études exploitent les complications néphrologiques de l'HTA. Notre objectif était d'établir le profil épidémiologique et évolutif des néphropathies hypertensives dans un échantillon de patients hypertendus malgaches.

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique d'une cohorte de cent trente deux patients présentant une néphropathie hypertensive, hospitalisés dans le service de Néphrologie de l'Hôpital Joseph Raseta Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire Antananarivo de Mai 2004 à Mai 2008.

La néphroangiosclérose était retrouvée chez 20,06% des patients hypertendus. La moyenne d'âge était de 58 ans, le sex-ratio de 1,40. Les patients avaient un bas niveau socio-économique dans 48,5% des cas. L'hypertension artérielle de grade II était retrouvée chez 56,1% des patients. Soixante onze pourcent des patients présentaient une HTA à haut risque cardiovasculaire, évoluant en moyenne depuis 10,28 ans. Le nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire était corrélé à la survenue d'atteinte rénale. L'insuffisance rénale sévère et terminale était rencontrée respectivement dans 31,1% et dans 22,7% des cas. Une protéinurie inférieure ou égale à 1g/24h était constatée dans 72,4% des cas. Quatre décès étaient enregistrés.

L'HTA évoluait depuis plus de 10 ans chez nos patients. Le nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire était lié à la survenue d'atteinte rénale. Un dépistage associé à une prise en charge précoce et une lutte contre les facteurs de risque cardio-vasculaire permettraient de prévenir ou de ralentir la progression de la néphroangiosclérose chez les patients hypertendus.

R 04. Anémie chez les insuffisants rénaux

Ramilitiana B, Randremandranto RNS,
Rakotonindrina MT, Randriamarotia HLW

USFR de Néphrologie

Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana

CHU Antananarivo

Résumé. L'insuffisance rénale est un problème de santé publique. L'anémie peut être une morbidité à part associée à l'insuffisance rénale. Peu de données

se trouvent sur la littérature malgache sur ces affections. Notre travail a pour objectif de voir la relation entre l'hémoglobine et la créatinine chez les insuffisants rénaux dans le Service de Néphrologie de l'hôpital JRB.

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur 48 mois allant de Janvier 2007 à Juin 2010.

Trois cent quatre vingt onze patients ont présenté l'insuffisance rénale. Deux tiers des patients (66,24%) ont présenté l'insuffisance rénale chronique. L'insuffisance rénale touche fréquemment les adultes (âge moyen de 49 ans), surtout les hommes (sex-ratio à 1,38). Dans 61,28% des cas, l'anémie était associée à l'insuffisance rénale chronique. La créatininémie moyenne est de 802,17 µmol/L. L'hémoglobine de nos patients de sexe masculin est en moyenne de 9,91 g/dL, celle de sexe féminin est en moyenne de 9,79 g/dL. Le traitement de l'anémie n'est que symptomatique dans la majorité des cas. Vingt trois virgule quarante cinq pourcent des patients insuffisants rénaux décédaient dans le service.

La démarche diagnostique ainsi que la prise en charge des deux affections dans notre pays diffèrent de celles faites dans les pays économiquement développés. Il est ainsi primordial de renforcer la prévention pour améliorer l'état de santé publique dans le pays.

R 05. Syndrome de la jonction pyélo-urétérale chez l'adulte

Rambel AH, Rahehinantenaina F,
Solofoarimanana E, Rantomalala HYH

USFR de Chirurgie-Urologie

Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona

CHU Antananarivo

Résumé. Le syndrome de la jonction pyélo-urétérale (SJPU) est une anomalie congénitale caractérisée par sa longue latence clinique. Durant cette évolution, le rein peut subir des dommages définitifs et se détruire complètement. Notre objectif est de montrer l'aspect diagnostique et thérapeutique du SJPU chez l'adulte afin de déterminer l'importance de son diagnostic précoce.

C'est une étude rétrospective des dossiers des patients pris en charge au service d'Urologie du CHU JRA pour un SJPU de janvier 2000 à Décembre 2010. Les hydronéphroses secondaires sont exclues de cette étude.

Nous rapportons 18 cas de SJPU observés chez 13 adultes. Il s'agit de 5 hommes et 13 femmes, leur âge moyen est de 32,5 ans. La symptomatologie clinique est polymorphe : douleur lombaire (7 cas), pyélonéphrite aiguë (3 cas), infection urinaire (2 cas), masse abdominale (1 cas). Le diagnostic est basé sur l'échographie et l'UIV. Dix patients (77%) ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice. La néphrectomie totale, prati-

quée chez 3 patients (23%) est réservée aux formes évoluées et compliquées. Ce taux assez élevé de néphrectomie totale doit inciter à un diagnostic plus précoce afin d'éviter l'évolution vers la destruction rénale.

L'échographie anténatale constitue actuellement le mode de révélation du SJPU. Une recherche systématique de cette maladie au cours de la consultation prénatale et chez les nouveau-nés est recommandée pour éviter tout retard diagnostique.

R 06. Complications et dysfonctionnements des cathéters d'hémodialyse chez les hémodialysés à Madagascar

Randriamanantsoa LN, Ramanamidora DAH, Rabenantoandro R

*USFR de Réanimation Néphrologie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianaivalona
CHU Antananarivo*

Résumé. L'usage des cathéters veineux centraux (CVC) est incontournable en hémodialyse pour les indications urgentes ou lors de la perte temporaire ou définitive de fonctionnalité d'une fistule artério-veineuse. Ces accès vasculaires sont pourtant à risque de complications sévères, notamment infectieuses et thrombo-emboliques.

Notre étude décrit les complications des CVC d'hémodialyse observées à Madagascar. Elle a inclus tous les patients chroniques des 6 centres de dialyse de Madagascar en octobre 2009.

Sur 59 cas retenus, 50 ont eu besoin d'un CVC dans le cours de leur prise en charge. Quatre vingt sept CVC d'hémodialyse ont été posés. L'âge moyen des patients était de 48,05 ans, le sex ratio (homme/femme) de 2,3/1. Onze patients étaient diabétiques (22%), une patiente avait un lupus érythémateux systémique, 19 patients hypertendus (38%).

Les CVC utilisés étaient non tunnelisés dans 97% des cas. La veine jugulaire interne droite (JID) était le site d'implantation le plus usité (n=35), suivi de la jugulaire interne gauche (JIG). La durée d'utilisation était de 1 à 308 semaines, avec une moyenne de 20 semaines pour la JID, de 14 semaines pour la JIG, et de 12,5 semaines pour les veines fémorales. Des complications ont été rapportées pour 14 CVC sur 87 (16%). Elles étaient dominées par les infections qui ont concerné 13 CVC (76% des complications). Les autres complications observées étaient la thrombose veineuse (6%), l'embolie pulmonaire (6%), les douleurs locales

(6%). Les complications étaient survenues sur des CVC ayant dépassé les durées recommandées dans 92% des cas d'infection et 100% des complications thrombo-emboliques.

La fréquence des indications de CVC pourrait être diminuée par une prise en charge précoce des insuffisants rénaux chroniques et une confection préalable de fistule artério-veineuse. Le respect des durées d'utilisation recommandées diminuerait considérablement le risque de complication.

R 07. Hémodialyses au Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana

Ramilitiana B, Randremandranto RNS, Soaniainamampionona AA, Randriamarotia HLW

*USFR de Néphrologie
Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana
CHU Antananarivo*

Résumé. L'hémodialyse est l'une des modalités thérapeutiques de l'insuffisance rénale chronique terminale. Peu d'études sur les hémodialysés étaient réalisées à Madagascar. Notre objectif dans cette étude est de décrire le profil épidémiologique et évolutif des hémodialysés chroniques dans le centre d'hémodialyse de l'Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana.

Il s'agit d'une étude retro-prospective descriptive portant sur 39 patients dialysés dans ce centre du 10 mai 2006 au 31 décembre 2008.

L'âge moyen des patients était de 52 ans avec une nette prédominance masculine (sex-ratio à 3,8). L'hypertension artérielle et le diabète constituaient les 2 principales causes d'insuffisance rénale chronique. Dans 66,7% des cas, les patients sont admis en urgence. Aucune greffe rénale n'était programmée pour ces 39 patients. Vingt cinq virgule six pourcent étaient décédés durant la période d'étude.

La difficulté de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique révélée par cette étude plaide en faveur du renforcement de la prévention pour diminuer les candidats potentiels pour ce mode de traitement dont l'accessibilité ne sera pas identique comme celle rapportée dans la littérature.

R 08. Occlusion d'une artère rénale : à propos d'un cas

Randriamanantsoa LN, Rakotondrazaka AH, Rakotomanantsoa R

*USFR de Réanimation Néphrologie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Résumé. L'occlusion unilatérale d'artère rénale est cliniquement évoquée, plus par le contexte de survenue que par sa symptomatologie non spécifique et variable. A travers un cas, notre étude avait pour objectif de décrire les mécanismes physiopathologiques des phénomènes observés au cours de sa survenue. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 45 ans qui a présenté une occlusion de l'artère rénale gauche, révélée par une douleur lombaire simulant la colique néphrétique accompagnée de syndrome inflammatoire non infectieuse. L'apparition d'une insuffisance rénale ainsi que l'évolution vers une atrophie unilatérale ont fait le diagnostic tardif, confirmé par les examens d'imagerie. L'absence totale d'hypertension artérielle et la rapidité d'installation de l'atrophie faisait suspecter une occlusion totale de l'artère, un infarctus massif du rein avec arrêt total de la perfusion et du retour veineux.

Certains phénomènes observés pouvaient être expliqués en se basant sur les modèles expérimentaux de clampage de l'artère rénale que Goldblatt a réalisés en 1934. Les mécanismes d'adaptation ainsi que le pronostic pourraient être comparables aux modèles physiologiques récents de néphrectomie pour des indications chirurgicales ou chez les donneurs vivants.

L'occlusion de l'artère rénale reste un diagnostic difficile à maîtriser sans les examens d'imagerie. Des accords consensuels dans le diagnostic et le protocole de traitement de cette pathologie seraient utiles pour une meilleure gestion de la maladie.

R 09. Indications actuelles des diurétiques

Randriamanantsoa LN

*USFR de Réanimation Néphrologie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Résumé. Plusieurs substances peuvent induire une augmentation de la diurèse. Les principaux mécanismes sont le blocage de l'anhydrase carbonique, l'effet osmotique et le blocage des différents sites de réabsorption de sodium le long des tubules rénaux. Nous ne traitons dans cette revue de la littérature que des substances ayant une cible sur les tubules du néphron qui ont des indications similaires dans les situations de rétention hydro-sodée ou dans l'hypertension artérielle

(HTA), avec des restrictions différentes.

Ainsi, les diurétiques de l'anse sont les plus puissants, agissant sur une partie du tube où la réabsorption de sodium est importante, environ 25% de l'ensemble de la réabsorption. La rapidité de leur action varie selon la cinétique de la molécule. Le furosémide, avec un pic d'action rapide et une demi-vie courte a un effet rapide qui peut être recherché ou dangereux, responsable d'aggravation d'hypovolémie et de stimulation des systèmes anti-natriurétiques. Les autres molécules comme le torasémide ont une demi-vie plus longue, un effet natriurétique plus prolongé et une indication dans l'HTA.

Les thiazidiques sont moins puissants pour la déplétion hydrique mais sont les premiers indiqués en association dans le traitement de l'HTA du fait de leur effet étalé dans le temps, ainsi que d'un effet de potentialisation des autres antihypertenseurs sur la relaxation des muscles lisses vasculaires.

Les anti-aldostérones ont des particularités telles que la rétention potassique, un effet anti-fibrosant myocardique, et une indication de prédilection sur tout état d'hyperaldostéronisme, que ce soit secondaire ou primaire.

En cas d'insuffisance rénale, à cause de la modification de la cinétique de la plupart de ces molécules, seuls les diurétiques de l'anse peuvent être maintenus en-deçà d'un DFG inférieur à 30 ml/mn.

La connaissance des différentes spécificités de ces molécules permettent une utilisation plus adaptée dans les différentes situations cliniques.

R 10. Les complications osteo-articulaires de l'insuffisance rénale chronique

Rakotonirainy H, Rakotoharivelo H,
Ralandison S, Rapelanoro Rabenja F

*USFR de Rhumatologie- Dermatologie
Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana
CHU Antananarivo*

Résumé. La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique avant la transplantation rénale est purement symptomatique. Elle a pour objectifs de ralentir la progression vers l'insuffisance rénale terminale et de prévenir les complications hydro-électrolytiques et métaboliques.

Parmi les complications métaboliques, le déséquilibre du métabolisme phosphocalcique et l'hyper uricémie sont à l'origine des manifestations ostéo-articulaires. Les mécanismes physiopathologiques sont multiples :

tendance à l'hypocalcémie et hyper phosphorémie, augmentation progressive de la sécrétion de PTH, acidose métabolique. Le dépôt amyloïde β_2 -microglobuline (amylose β_2 -M) est également à l'origine d'une infiltration tendineuse et articulaire.

Les principales affections rhumatologiques au cours de l'insuffisance rénale chronique sont ainsi :

- L'ostéodystrophie rénale associant l'hyperparathyroïde secondaire, l'adynamie osseuse et l'ostéomalacie. Elle est responsable d'une douleur osseuse diffuse avec un risque majeur de fracture pathologique. La prise en charge thérapeutique reste symptomatique : supplémentation calcique, chélateur de phosphore et apport en vitamine D.
- Le dépôt des microcristaux de calcium dans les tissus mous notamment periarticulaire à l'origine de rhumatisme à hydroxyapatite et de chondrocalcinose. Les signes cliniques sont dominés par des mono ou oligoarthrites invalidante évoluant par poussée. Le traitement repose sur une infiltration de corticoïdes.
- L'hyperuricémie persistante est le plus souvent asymptomatique. La survenue de deux crises de goutte oblige à instaurer un traitement de fond par les hypouricémiants.
- Les arthrites septiques sont fréquentes au cours d'une insuffisance rénale chronique.

Les syndromes canaux, notamment le syndrome du canal carpien, secondaires à une infiltration nerveuse par du β_2 -microglobuline.

La prise en charge de ces complications ostéo-articulaires de l'IRC doit rentrer dans la prise en charge globale de l'affection.

R 11. Cas clinique : hypertension artérielle à risque cardiovasculaire très élevé

Rakotoarimanana S, Raveloson HFR,
Miandrisoa RM

*USFR de Cardiologie
Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana
CHU Antananarivo*

Résumé. L'hypertension artérielle (HTA) est un pro-

blème de santé publique par sa prévalence (> 30% après 50 ans) et la fréquence de ses complications cardiovasculaires.

Notre observation concerne un homme de 74 ans, malgache, directeur de banque retraité, vu en consultation pour des céphalées et une dyspnée d'effort NYHA II. Il est hypertendu depuis 1980, traité par des mesures hygiéno-diététiques, du ramipril 5 mg associé à de l'hydrochlorothiazide 25 mg. Sa tension artérielle, deux jours auparavant était à 182/100 mmHg.

Quelle attitude prendre devant cette situation ? D'abord, affirmer l'HTA au cabinet, puis préciser le risque cardiovasculaire global, ensuite rechercher une cause secondaire et rechercher une ou des atteintes d'organes cibles. Par ailleurs, angor d'effort crescendo depuis décembre 2008. Ses facteurs de risques cardiovasculaires sont dominés par le sexe, l'âge, une hypercholestérolémie, une hérédité de HTA, de cardiopathie et d'AVC. A l'examen physiques : TA à 220/100 mmHg et FC 76 /min, par ailleurs rien de particulier. Sur le plan paraclinique, à l'ECG : onde T négative en D1-aVL, V3 à V6 et aspect Qr en D2, aVF + QS D3 ; hypercholestérolémie à 6 mmol/L, la radiographie thoracique est normale ; l'écho-Doppler cardiaque montre une hypokinésie septo-apicale et inférieure, FEVG à 72% ; l'épreuve d'effort maximale est positif ; la coronarographie montre une occlusion de l'IVA 2 à 100%, une sténose du circonflexe à 65% et une sténose serrée de la CD III à 99%. Au total : HTA sévère à risque cardiovasculaire global très élevé. Le patient avait reçu comme traitement : mesures hygiéno-diététiques, ramipril 10mg + HCTZ 25mg/j, atenolol 50 mg/j, aspirine 100 mg, clopidogrel 75 mg, atorvastatine 10 mg, régime hyposodé, angioplastie coronaire sur la CD3 avec pose de stent Cypher. Au cours de l'évolution, la persistance de la fréquence cardiaque à 91 par minutes et de la tension artérielle à 160/100 mmHg motivait l'augmentation de la posologie de l'atenolol à 100 mg/j et l'introduction de l'amlodipine 5 mg/j. L'évolution était stable au 10^{ème} mois du traitement. L'HTA sévère nécessite une association thérapeutique d'emblée et une optimisation de sa prise en charge afin d'éviter ou de réduire la survenue d'accidents cardiovasculaires.