

Le score d'appétit est basé sur la réponse à une seule question simple : « comment jugez-vous votre appétit en ce moment ? ». Le patient a le choix entre 4 réponses possible : mauvais, moyen, bon ou très bon. Les patients ont été ensuite classés en quatre groupes en fonction de leur réponse.

La concentration sérique de pré-albumine, d'albumine, le nPNA et l'IMC ont été mesurés en même temps que l'évaluation du score d'appétit.

Les résultats de ces paramètres ont été comparés entre les 4 différents groupes par un test d'Anova et des tests de *t*-student.

Résultats.– En tout, 131 patients ont été éligibles pour cette étude. Vingt pour cent ont un score d'appétit jugé comme très bon, 45% bon, 30% moyen et 5% mauvais. Le score d'appétit est associé de façon significative avec la concentration sérique de pré-albumine (Anova : $p=0,003$) et d'albumine (Anova : $p=0,028$). Dans chaque groupe, les valeurs de pré-albumine sont respectivement $0,32 \text{ g/L} \pm 0,09 \text{ g/L}$; $0,28 \pm 0,07$; $0,27 \pm 0,07$ et $0,21 \pm 0,07$. Pour l'albumine ces valeurs sont respectivement $36,56 \text{ g/L} \pm 4,56 \text{ g/L}$; $36,03 \pm 3,16$; $34,78 \pm 4,19$ et $32,16 \pm 5,19$.

L'association entre le score d'appétit et le nPNA n'est pas statistiquement significative. Toutefois les valeurs du nPNA croissent aussi avec le score d'appétit : pour les patients dont l'appétit est mauvais le nPNA est de $1,04 \pm 0,41$; moyen : $1,15 \pm 0,32$; bon : $1,18 \pm 0,36$ et très bon : $1,20 \pm 0,39$. L'IMC n'est pas associé au score d'appétit.

Discussion.– Ce score d'appétit est simple. Il peut être conduit en moins d'une minute au lit du malade. Il permet de dépister rapidement les patients à risque de dénutrition.

Même dans un échantillon limité de 131 patients, l'association avec les marqueurs nutritionnels classiquement le plus utilisés est statistiquement significative. L'association avec le nPNA bien que positive n'est pas significative en raison de la grandeur de l'échantillon testé. L'IMC, lui, n'est pas associé au score d'appétit : les patients obèses dénutris restent les plus difficiles à dépister.

Conclusion.– Le score d'appétit est un moyen rapide pour dépister les patients à risque de dénutrition en hémodialyse chronique. Sans remplacer les marqueurs habituels de la dénutrition en dialyse il permet de pointer avec simplicité et rapidité les patients à évaluer avec plus d'attention.

doi:10.1016/j.nephro.2011.07.340

Pub26

Urémie terminale traitée chez l'adulte dans la wilaya d'Alger en 2004, 2005 et 2006

Y. Boulahia, A. Djaballah, R. Azzouz, N.F. Kerbouz, M. Chiad, D. Iftène

Néphrologie, hôpital central de l'Armée, Alger, Algérie

Introduction.– L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) pose un problème de santé publique dans le monde et en particulier en Algérie. Le coût global du traitement de l'IRCT est considérable. Ces considérations économiques ne peuvent remettre en question la légitimité du traitement de l'IRCT et le droit de tout urémique à être traité.

Les objectifs de notre étude sont :

- établir les proportions de l'urémie terminale de l'adulte pris en charge en 2004, 2005, 2006 ;
- déterminer le profil des patients en urémie (âge, sexe, résidence, cartographie de l'urémie) ;
- dégager les étiologies de l'urémie terminale et identifier les principales complications.

Patients et méthodes.– C'est une étude prospective et multicentrique ayant concernée 586 patients des deux sexes, traités par dialyse durant la période 2004 à 2006, dans le secteur public et privé de la Wilaya d'Alger.

Résultats.– L'âge moyen des patients est de $52,6 \pm 10$ ans. Cinquante-quatre pour cent des patients sont de sexe masculin.

Trente-huit pour cent sont âgés de plus de 60 ans, 90,8% des patients sont traités par hémodialyse. Le diabète (30%) et la néphropathie vasculaire (26%) sont les causes les plus fréquentes de l'insuffisance rénale chronique terminale. La majorité des patients est arrivée en dialyse à un stade très avancé de l'IRCT (82%), et la première séance de dialyse a été réalisée sur cathéter (55%). 6,6% des patients sont porteurs du virus de l'HVB et 13,3% de l'HCV. Vingt pour cent des patients ont des complications cardiovasculaires.

Discussion.– L'âge moyen de nos patients est de 52 ; 6 ± 10 ans, il se rapproche de celui de l'Arabie saoudite (55 ans), du Maroc (49,5 ans), de la Tunisie (52,2 ans) et de l'Iran (52 ans) alors qu'il est plus bas à celui de la France (59 ans), de l'Italie (66 ans), et des USA (65 ans). Le tiers de nos patients a plus de 60 ans, résultat similaire à celui retrouvés par Jungers, JACOB en France et Reza en Iran. Il existe une légère prédominance masculine dans notre étude qui est confirmée par plusieurs études : française, tunisienne, marocaine, suisse, américaine. Plus de 90% de nos patients sont traités par hémodialyse, ces résultats se rapprochent des résultats rapportés par Pecort (Brésil), HUI (Chine), Benhmidia (Tunisie). Cinquante-cinq pour cent de nos patients ont été dialysés la première fois sur kT central alors qu'au Maroc 86%. La néphropathie diabétique et la néphropathie vasculaire sont les causes les plus fréquemment retrouvées dans notre série et confirmées par plusieurs séries.

Conclusion.– Les résultats obtenus dans ce travail ont pour but d'établir une stratégie de santé dans le cadre de la prévention, de la prise en charge de l'insuffisance rénale et la relance réelle de la greffe rénale.

doi:10.1016/j.nephro.2011.07.341

Pub27

Maintenir la PTH entre 2 et 9 fois la valeur de référence supérieure du Laboratoire : d'accord, mais quelle valeur ???

E. Cavalier^a, P. Delanaye^b, J.-C. Souberbielle^c

^a Chimie médicale, université de Liège, CHU Sart-Tilman, Liège, Belgique

^b Néphrologie-dialyse-transplantation rénale, université de Liège, CHU Sart-Tilman, Liège, Belgique

^c Service d'explorations fonctionnelles rénales, hôpital Necker, Paris, France

Introduction.– Les recommandations du KDIGO proposent de maintenir la valeur de PTH des patients dialysés entre 2 et 9 fois la valeur de référence supérieure du Laboratoire. Si cela peut paraître simple, il faut cependant savoir que les Laboratoires utilisent généralement les valeurs fournies par les fabricants des trousse de dosage. Ces fabricants recommandent par ailleurs aux Laboratoires d'établir eux-mêmes leurs propres valeurs de référence. En pratique, pour une même trousse de dosage, des normes différentes (celles établies par chaque laboratoire ou celles du fabricant) pourront donc être publiées et servir de base pour le suivi des patients dialysés. En outre, les critères retenus pour élaborer ces valeurs de références ne sont pas toujours clairs. Les populations sélectionnées, bien que « saines », ne présentent pas toujours toutes les garanties en regard des causes potentielles d'élévation de la PTH (notamment en ce qui concerne la carence éventuelle en vitamine D).

Patients et méthodes.– Cent-vingt hommes et 120 femmes apparemment sains et ayant des concentrations normales de calcium et phosphore, un taux de 25 (OH) vitamine D > 32 ng/mL et un DFG > 60 mL/min ont été sélectionnés pour établir les valeurs de référence de 10 trousse différentes de dosage de PTH. Nous avons ensuite comparé les valeurs obtenues à celles fournies par les différents fabricants. Enfin, nous avons dosé la PTH avec ces 10 trousse chez 149 patients dialysés, que nous avons classé selon les critères du KDIGO.

Résultats.— Comme attendu, par rapport au KDOQI (PTH entre 150 et 300 pg/mL), l'utilisation des normes KDIGO avec les valeurs de référence publiées par les fabricants homogénéise très significativement la classification des patients. Utiliser les normes que nous avons établies permet encore d'améliorer cette classification, mais de façon modeste. Pour certaines trousse où une grande différence entre nos valeurs et celles annoncées par le fabricant sont observées, l'utilisation de nos normes améliorait homogénéisait clairement le classement des patients.

Discussion.— Le but de cette étude n'était pas de déterminer si classer les patients en multipliant la valeur supérieure du Laboratoire par 2 ou 9 était justifié ou non. Par contre, nous avons voulu montrer, d'un côté, l'importance d'utiliser des multiples de la norme supérieure du Laboratoire par rapport à des valeurs « fixes », quelle que soit la trousse de dosage de la PTH, et de l'autre, l'impact de l'utilisation de critères rigoureux pour définir une population de référence en PTH.

Conclusion.— Nos résultats montrent qu'une classification plus homogène des patients dialysés est observée sur 10 trousse de dosage de la PTH lorsque les valeurs de référence sont établies sur une population non carencée en vitamine D.

doi:10.1016/j.nephro.2011.07.342

Pub28

État fonctionnel et podologique chez les patients diabétiques dialysés

P. Stroumza^a, J.-C. Gourheux^b, L. Frantzen^a, J. Labastie^b, M. Lankester^b, S. Pascal^b, J.-L. Poignet^a, Y. Saingra^b

^a Néphrologie-dialyse, centre de dialyse de la résidence du Parc Diaverum, Marseille, France

^b Néphrologie-hémodialyse, centre de dialyse de la résidence du Parc Diaverum, Marseille, France

Introduction.— Le nombre de patients diabétiques dialysés est sans cesse croissant. Les conséquences sont multiples. Le but de ce travail était d'améliorer la prise en charge des complications fonctionnelles du diabète au niveau des pieds.

Patients et méthodes.— Pendant un an, nous avons étudié de manière prospective les 67 patients diabétiques du centre (total 332 patients). 55,1 % d'hommes, 44,9 % de femmes ; 76,7 ans \pm 10. Nous avons recueilli les éléments suivants : douleur, périmètre de marche, les soins de pédicurie, les antécédents de chirurgie vasculaire, le chaussage, les troubles statiques et les troubles trophiques des pieds, l'existence d'une neuropathie par le test au filament.

Discussion.— Cinquante-deux pour cent des patients sont hypertendus et 24 % ont eu une angioplastie ou un pontage des membres inférieurs. Le périmètre de marche est limité chez 76 % patients ; 10 % < 50 m, 10 % < 100 m, 12 % < 250 m, 27 % ne marchent pas. La douleur n'est pas le facteur limitant, le périmètre des patients algiques est supérieur aux non algiques. Cinquante-huit pour cent présentent des troubles de la statique ; 55 % présentent des troubles trophiques. Soixante-deux pour cent ont neuropathie dépistée au filament.

La neuropathie et la vasculopathie périphérique liées au diabète entraînent une ischémie profonde et des troubles statiques dans 58 % des cas avec des lésions d'hyperappui. Seuls 11 % des patients avec ce type de lésions portent des chaussures médicales adaptées. 72,2 % ont des soins d'hyperkératose, 41,6 % ont des plaies diverses, 27,8 % ont subi une amputation, et 8,3 % ont les trois atteintes.

Conclusion.— Cette étude a montré que les patients porteurs de lésions diabétiques ne sont pas pris en charge de manière optimale. Il faut leur prescrire de chaussures orthopédiques, d'orthèses plantaires, de chaussures adaptées en cas de plaies ou maux perforants. Il faut mettre en place des protocoles antidouleurs et développer des séances de rééducation sur site.

Pour en savoir plus

Beckert S, et al. Diabet Med 2009 Jan;26(1):89–92.

doi:10.1016/j.nephro.2011.07.343

Pub29

Effets de passage d'une concentration calcique du dialysat de 1,75 à 1,5 mmol/L

A. Alayoud, A. Hamzi, T. Aatif, Z. Oualim

Service de néphrologie-dialyse-transplantation rénale, hôpital Militaire Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction.— L'utilisation d'une concentration calcique dans le dialysat (D [Ca]) comprise entre 1,25 et 1,50 mmol/L est suggéré par la recommandation KDIGO chez les patients hémodialysés chroniques. Le but de cette étude est de déterminer l'effet de la baisse de la (D [Ca]) de 1,75 à 1,50 mmol/L sur le bilan phosphocalcique et les paramètres hémodynamiques en dialyse.

Patients et méthodes.— Il s'agit d'une étude prospective observationnelle en cross over réalisée chez 50 hémodialysés chroniques après passage d'une concentration calcique du dialysat de 1,75 à 1,50 mmol/L. Nous suivons tous les trois mois, pendant 9 mois, l'effet de ce passage sur le bilan phosphocalcique. Nous comparons aussi le déroulement des séances de dialyse chez le même groupe de patients avec un bain calcique à 1,75 (2400 séances) et un bain à 1,50 (2000 séances).

Résultats.— Après 9 mois, sous le bain calcique à 1,50, on note une baisse significative de la calcémie postdialytique de 108 ± 7 (à l'inclusion) à 102 ± 6 mg/L ($p < 0,0001$), une augmentation de la PTHi de 372 ± 52 pg/mL (à l'inclusion) à 606 ± 80 pg/mL ($p = 0,001$), et des besoins en alfacalcidol de $1,4 \pm 0,28$ à $3,3 \pm 0,44$ ug/semaine ($p = 0,018$). Le nombre de patients sous calcimimétique a augmenté de 3 (à l'inclusion) à 5 patients.

Chez les patients en ostéopathie adynamique (PTHi < 150 avant le switch), une élévation continue de la PTHi a été observée de 93 ± 9 pg/mL à 294 ± 60 pg/mL après neuf mois ($p = 0,003$). Aucune variation significative n'a été trouvée pour les phosphatases alcalines, la calcémie predialytique, le besoin en carbonate de calcium et la phosphorémie pre- et postdialytique.

Avec le bain calcique à 1,50 ; l'hypotension intradialytique et la survenue des crampes étaient plus fréquente ($p = 0,037$, et $p = 0,0001$ respectivement). Le taux d'ultrafiltration ($p < 0,001$), les pressions artérielles postdialytique systolique ($p = 0,002$) et diastolique (0,039) étaient plus basses. Aucune différence significative n'a été trouvée pour la prise de poids interdialytiques ($p = 0,4$), les pressions artérielles predialytiques et les fréquences cardiaques avant et après dialyse.

Discussion.— À l'issue de ces résultats, le passage d'un bain calcique de 1,75 à 1,50 mmol/L a permis la prévention de l'hypercalcémie postdialytique, et de l'inhibition excessive de la PTH. Cependant, il était associé à un besoin plus élevé en vitamine D. Ce passage était caractérisé par une moins bonne tolérance hémodynamique des séances de dialyse.

Conclusion.— La concentration calcique du dialysat est un élément clé de la prise en charge de désordre minéral et osseux en dialyse qui doit être individualisé.

doi:10.1016/j.nephro.2011.07.344

Pub30

La clairance normalisée mesurée par dialysance ionique : limites d'interprétation

A. Alayoud, T. Aatif, M.A. Hamzi, K. Hassani, Z. Oualim

Service de néphrologie-dialyse-transplantation rénale, hôpital Militaire Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction.— La mesure répétée de la dialysance ionique en temps réel (on-line clearance monitoring : OCM) pendant la séance de dialyse permet de calculer la dose de dialyse effectivement administrée au patient pendant la séance sans avoir recours aux prélèvements sanguins. Le but de cette étude est d'analyser les limites d'interprétation de cette méthode selon l'utilisation de différentes méthodes d'estimation du volume de distribution d'urée.