

ABSTRACTS OF THE 11TH CONGRESS OF THE AFRICAN ASSOCIATION OF NEPHROLOGY (Dakar 16th - 19th February 2011)

C 01

PRIMARY HYPEROXALURIA TREATED DIALYSIS: COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN ADULT AND INFANT PRESENTATION

Jarraya F, Chaabouni Y, Mahfoudh H, Chabchoub G, Yaich K, Kammoun K, Kharrat M, Charfeddine K, Ben Hmida M, Fakhfakh F, Mknai F, J Hachicha
Service de Nephrologie & UR99-08-37, UR02/08-2- and LGMH, CHU Sfax et Faculte de medecine de Sfax, Tunisia.

Introduction: Primary hyperoxaluria (PH) is an autosomal recessive inborn error of glyoxylate metabolism. It is a phenotypically heterogeneous disease. Rare in Europe, it is responsible for 13% of end stage renal disease in childhoods in Tunisia. Many cases have an adult presentation. The main aim of our study is to compare infant and adult form of PH treated by dialysis.

Methods: A comparative retrospective study over 19 years including 35 PH's patients (14 infants and 21 adults), treated by dialysis. We analyze clinical, biological, radiological and histological and prognosis on dialysis.

Results: Mean age at PH diagnosis was 10.5 ± 3.5 for infants and 29.1 ± 9.1 years for adults. HP diagnosis was made before dialysis start in 42.9% in infantile vs 14.3% in adult form ($p=0.058$). In the adult form, diagnosis was made by the finding of systemic deposits of oxalate crystals as diagnosed at diagnosed by bone marrow examination in 47.6%, bone biopsies in 19.0% and renal graft biopsies in 14.3%. However, in infantile form, diagnosis of PH was made by high oxaluria rate per 24h and high oxalemia in 28.6 and 35.7% respectively. Systemic manifestations of PH were more frequently seen in infantile form, especially bone and joint ($p=0.011$) and cardiovascular ($p=0.032$) manifestations. Mean hemoglobin rate was lower in infantile than adult form, respectively 5.4 ± 1.4 and 7.7 ± 2.5 g/dl ($p=0.004$). Actuarial survive at 90 months on dialysis was 75 and 50% respectively for infantile and adult group ($p=0.0071$).

Comments and conclusions. PH is a heterogeneous genetic disorder with different age peaks of disease's declaring. HP is a heterogeneous genetic with different age peaks of disease's declaring. HP is diagnosed earlier in infant than adult where systemic features of the disease and ESRD are more frequently seen at HP diagnosis. It is associated with poor outcome in Adult form.

C 02

INFLAMMATION AND ENDOTHELIAL DYSFUNCTION INTERPLAY FOR ALL CAUSE AND CARDIO-VASCULAR MORTALITY IN DIALYSIS PATIENTS.

Seck S M, Tripepi G, Mattace Raso F, Mallamaci F, Zoccali C.
CNR-IBIM, Istituto di Bromedecina, Epidemiologia Clinica e Firstpatologia delle Mlattie Renali e dell'ipertensione Arteriosa, Reggio Calabria, Italy

Introduction: Endothelial dysfunction as assessed by asymmetric dimethyl-arginine (ADMA) and inflammation have been consistently linked to atherosclerosis, death and cardiovascular (CV) events in hemodialysis patients. Inflammation amplifies the effect of ADMA on the severity of carotid atherosclerosis in hemodialysis patients but it is still unknown whether inflammation and ADMA interact in the high risk of death and CV events in this population.

Patients and Methods: In a cohort of 225 hemodialysis patients we investigated the interaction inflammatory biomarkers (CRP, IP-6 and TNP-) and ADMA levels as predictors of all cause mortality and CV events (average follow-up:42 months). The effect modification of CRP and IL-6 on the relationship between ADMA and study outcomes (additive model) was analysed by dividing the study population according to the corresponding median values of these biomarkers.

Results: Circulating levels of ADMA (median: $2.4 \mu\text{Mol/L}$, inter-quartile range: $1.6-3.8 \mu\text{Mol/L}$), CRP (7.4 mg/L , $3.4-16.4 \text{ mg/L}$), IL-6 (5.0 pg/mL , $2.7-9.2 \text{ pg/mL}$) and TNF (6.7 pg/mL , $3.7-9.9 \text{ pg/mL}$) were directly significantly inter-related (r ranging from 0.13 to 0.33, $P<0.05$). During the follow-up, 112 patients died and 104 had fatal and non fatal CV events. Both on crude and multiple Cox regression analyses, a biological interaction was found between inflammation biomarkers and ADMA for predicting all-cause mortality and fatal/non fatal CV event. Indeed, the adjusted hazard ratios (HR) for death (HR: 2.08, 95% CI: 1.16-3.73) and CV outcomes (HR:2.11,95% CI: 1.17-3.83) of patients with increased CRP and ADMA were higher than those expected in the absence of interaction under the additive model (HR: 1.05 and HR:1.79, respectively) and this was also true when the same analysis was carried out by stratifying according to IL-6 and TNF.

These data suggest that inflammation amplifies the ADMA associated risk of death and CV events in hemodialysis patients. These analyses emphasize the need of interventional to clarify the nature (causal/non causal) of these relationships.

C 03

A CROSS SECTIONAL STUDY OF THE DETERMINANTS OF HRQOL IN ESRD PATIENTS ON MAINTENANCE HAEMODIALYSIS

Arogundade FA, Udo AIA, Sanusi AA, Akinsola A

Renal Unit, Department of Medicine, Obafemi Awolowo University Teaching Hospital Complex, Ile-Ife, Nigeria

Background: Haemodialysis (HD) remains the cornerstone of all the modalities of renal replacement therapy offered to ESRD patients and this has influenced the proliferation of dialysis centres. Unfortunately, information on the quality (dose and adequacy) of dialysis provided as well as health related quality life (HRQOL) achieved in managed patients is sparse in our setting. We set out to determine the dose of dialysis delivered to our patients and also assess the quality of life achieved using SF-36 questionnaire. We also attempt to assess the determinants of HRQOL in our maintenance dialysis patient population.

Methodology: This was a cross-sectional study aimed at assessing the determinants of Health Related Quality of Life and its determinants in our maintenance haemodialysis population, we examined 41 patients with End Stage Renal Disease (ESRD) after an informed consent. The socio-demographic, clinical and laboratory data were assessed using a structured questionnaire while the HRQOL was assessed with the aid of SF 36 instrument which was self administered. Dialysis adequacy was assessed using single pool kt/v derived from second generation logarithmic equation (Daugirdas et al) while standard kt/v was estimated using Leypoldt Fixed-volume equation. Data was analysed using SPSS package version 16.

Results: Their ages ranged between 19 and 84 years (median =49 years) with a slight male preponderance (58.5%). Thirty-one patients (75.6%) were on twice weekly HD sessions while the remaining 10 (24.4%) had thrice weekly sessions. The duration on HD treatment ranged between 4 and 110 months. Major clinical findings included pallor, fluid retention and asterixis in 29 (70.7%), 27 (65.9%) and 24 (58.5%) patients respectively. The median systolic, diastolic and mean arterial blood pressures were 160 (range; 110 – 220)mmHg, 90 (range; 70 -120), (range; 83.3 -140) mmHg respectively. Fourteen (34.1%) patients had native arterio-venous fistula as dialysis access, while subclavian, jugular and femoral venous accesses were used in 3 (7.3%), 5 (12.2%) and 19 (46.3%) patients respectively. The median serum creatinine, urea, total protein, albumin, and packed cell volume were 742.6 (range:203.3 – 1980.2) $\mu\text{mol/L}$, 43.9 (range; $9.9-96.4$) mmol/L , 62.5 (range; $34-84$) g/L , 33.5 (range; $17-43$) g/L and 25 (range; $17-42$)% respectively. The median percentage reduction in urea (PRU), single-pool kt/v and standard kt/v were 57 (range: 22-71)%, 1.0 (range; $0.4-1.5$) and 1.26 (range; $0.58-2.27$) respectively. The median scores for the eight SF- 36 domains were Physical functioning 50 (range; 0-95). Role – physical 25 (range; 0-10). Bodily Pain 62 (range; 0-100), General Health 42 (range; 15 -87), vitality 50 (range; 15-90), Social Functioning 375.5 (range;0-100), Role –Emotional 88.7 (range; 0-100), and Mental Health 72 (range;32 -100). The frequency of HD per week significantly correlated with Physical functioning ($r=0.436$; $p=0.004$), Role – physical ($r=0.435$; $p=0.004$). Bodily pain ($r=0.358$; $p=0.022$), General Health ($r=0.361$; $p=0.021$), Social Functioning ($r=0.576$; $p<0.001$) Role – Emotional ($r=0.518$; $p<0.001$) and Mental Health ($r=0.313$; $p=0.046$) and this was sustained on multiple Regression analysis. Similarly Standard Kt/V also correlated positively with Physical functioning ($r=0.461$; $p=0.002$), Role – physical ($r=0.318$; $p=0.043$), Social Functioning ($r=0.497$; $p=0.001$) and Role – Emotional ($r=0.537$; $p<0.001$) which was also sustained on multiple regression analysis. Serum Creatinine levels positively correlated with Mental Health domain ($r=0.356$; $p=0.022$) while total serum protein, serum albumin levels and packed cell volume correlated with more than one SF-36 quality of life domain.

Conclusion: HRQOL is suboptimal in our end stage renal disease (ESRD) patient population. Determinants of HRQOL include dose and frequency of HD, packed cell volume, serum albumin and serum creatinine levels. Improvements in all these parameters would assist in improving quality of life in ESRD patients on maintenance HD

C 04

DISCREPANCIES BETWEEN ENDOGENOUSLY DERIVED CREATININE CLEARANCE AS A MEASURE OF GLOMERULAR FILTRATION RATE (GFR) AND ESTIMATED GFR FROM MDRD AND COCKROFT & GAULT EQUATIONS IN SICKLE CELL DISEASE (SCD) PATIENTS

Arogundade FA, Snusi AA, Hassan MO, Udo AIA, Akinsola A
Renal Unit, Department of Medicine, Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile-Ife, Nigeria

Background: Endogenous creatinine clearance has been used to estimate glomerular filtration rate (GFR) in health and disease states despite its limitations in overestimating GFR because of tubular secretion. Kidney disease is one of the common chronic complications of Sickle Cell Disease (SCD) that manifest as tubular or tubulointerstitial or glomerular diseases. Assessment of GFR is vital to diagnosing chronic kidney disease (CKD) necessitating the use of various predictive formulae or endogenous creatinine clearance. In this cross sectional analysis we assessed the level of concordance between endogenously derived creatinine clearance as a measure of GFR and estimated GFR using standard verified MDRD and Cockcroft & Gault equations.

Methodology: Eighty adults SCD patients in stable were recruited after an informed consent. They were taken through socio-demographic, clinical and laboratory evaluation

and derived data recorded. 24-hour urine profile was assessed and endogenous creatinine and urea clearances determined and the average calculated. Estimated GFR was also determined using MDRD and Cockcroft & Gault equations. Data was analysed using SPSS package and Blant and Altman tests.

Results: Seventy nine patients completed the study, their ages ranged between 18 and 56 years (median; 25 years) with a female preponderance (46; 58.2%). Duration of management for SCD ranged between 6 and 46 years (mean \pm SD; 22.5 \pm 8.3). The Hb genotype was SS in 65 (82.3%) and SC in 14 (17.7%) patients. Sixty-eight patients (86.1%) had ≥ 2 vaso-occlusive crises per year while the remaining had >2 . The mean (\pm SD) for serum creatinine urea, sodium, and potassium 88.9 (\pm 1.3) mmol/L, 137.0 (\pm 2.0) mmol/L and 4.3 (\pm 0.42) mmol/L respectively while the mean (\pm SD) haemoglobin concentration, WBC and platelet counts were 8.1 (\pm 1.8) g/L, 9648.1 (\pm 3523.3) / mm³ and 299251.9 (\pm 142075.0) / mm³ respectively. The mean (\pm SD) of the averaged endogenous creatinine and urea clearances was 14.5 (\pm 4.9) ml/min while that for estimated GFR from MDRD and Cockcroft & Gault equations were 51.6 (\pm 14.5) ml/min and 76.6 (\pm 28.7) ml/min respectively. The differences were statistically significant between GFR derived from MDRD and C&G equations ($p < 0.0001$), while GFR from average endogenous urea and creatinine clearance was significantly lower than that from both equations ($p < 0.0001$). Blant & Altman plots were used to compare the differences in the 3 modalities of determined GFR (Figures 1a-1c).

Conclusion: Wide discrepancies exist between glomerular filtration rate derived from endogenous creatinine clearance and estimated GFR derived from MDRD as well as Cockcroft and Gault equations in adults with sickle cell disease questioning their usability and / or reliability. This calls for further studies to determine the most appropriate method for assessing renal functional status in this patient population.

C 05

A comparison of Calculated versus Projected Kt/V in haemodialysis patients.

Shweni K, MB ChB, Reddy V, Hariparshad S, MB ChB, Van Aswegen B, Assounga AGH, MD PhD

Department of Nephrology, Doris Duke Medical Research Institute, Nelson R. Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal, and Inkosi Albert Luthuli, Central Hospital, Durban, South Africa.

Background: Measures of solute clearance assists us in determining the adequacy of haemodialysis. Estimated on-line Kt/V during haemodialysis is a useful guide in the dialysis prescription. Other studies have shown that On-line Kt/V under-estimates the calculated Kt/V. We decided to compare calculated versus projected Kt/V to assess our local experience and aid our haemodialysis prescription.

Methods: The Machine used was the B-Braun Dialog+ which uses a urea kinetic modelling technique incorporating the Watson formula for V(d). The calculated Kt/V was done using single pool urea kinetic modelling method. A total of 19 patients were selected. We calculated the Kt/v on 2 haemodialysis sessions 2 weeks apart and compared them to the projected Kt/v for each session. We also calculated the URR and Calcium Phosphate product during each session. Data were analyzed using Instat 3 (GraphpadR) statistical program.

Results: 6 patients were on Lops 12 dialysers, 11 were on Lops 15 dialysers, 1 was on a Polyflux 14 and 1 on Polyflux 17 dialyser. All patients received 4 hrs of dialysis in each session. The blood flow rate averaged 246ml/min for all sessions. The average URR during both sessions was 64.2 %. The average Calcium phosphate product was 3.12. The average calculated Kt/V for both sessions was lower 1.2 compared to the average projected Kt/V of 1.6 ($p = 0.0006$).

Conclusion: There is a statistically significant difference in calculated versus projected Kt/V in our setting with the projected value over-estimating adequacy. There are numerous factors such as production variability, haematocrit, clotting and ineffective priming which can account for this discrepancy. We need to be aware of these factors when prescribing haemodialysis with the estimated Kt/V.

C 06

SUCCESSFUL PROLONGATION OF CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS WITH ICODEXTRIN BASED AT INKOSI ALBERT LUTHULI HOSPITAL, DURBAN, SOUTH AFRICA

Hariparshad SP, MBChB, Nkosi Z, Assounga AGH, MD, PhD

Department of Nephrology, Doris Duke Medical Research Institute, Nelson R. Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal, and Inkosi Albert Luthuli, Central Hospital, Durban, South Africa

Background: Icodextrin is a glucose polymer that has been used extensively in patients with inadequate ultrafiltration. We reviewed our clinical of Icodextrin in our ambulatory peritoneal dialysis clinic at clinical and some biochemical outcomes.

Methods: We reviewed the CAPD files of all patients that were started on Icodextrin for 6 months or more. We looked at the demographics of patients, the time period for which patients were on CAPD as well as the time that they were changed to Icodextrin. Clinical parameters that we were changes in weight mean arterial blood pressure, concentration of glucose solutions used and episodes of peritonitis that occurred. Data were analyzed using Instat 3 statistical program (GraphpadR).

Results: A total of 16 patients were reviewed. Males accounted for 9 out of the 16 patients. The average age of the patients was 43 years. They had been on CAD for an average 4.2 years before Icodextrin was added due to loss of ultrafiltration. Duration of use of Icodextrin averaged 10 months. One patient developed a tract abscess while on Icodextrin, while 1 patient had 2 episodes of culture negative peritonitis. The starting average Hb was 10.7 mg/dl while the average Hb after commencing was 9.4 mg/dl ($p = 0.0035$). The mean arterial blood pressure was 111.3 mmHg at commencement versus 100.7 mmHg on average after commencement ($p = 0.13$).

Conclusion: Icodextrin had contributed to the prolongation of lifespan of peritoneal dialysis in our patients. There were no significant changes in the serum albumin concentration but a significant reduction in haemoglobin in haemoglobin was recorded. Infectious complications were minimal.

C 07

KIDNEY TRANSPLANTATION IN CHILDREN: A 10-CASE EXPERIENCE
Dr BADAOU, Pr SEBA

Algeria

OBJECTIVES: The aim of this article was to report our experience with kidney transplantation in children.

INTRODUCTION: The most common kidney transplants in our services are those of adults, we also practice kidney transplants in children, all from living donor family. Preparation for transplantation is an important step. It has a very thorough review. The linear growth of children after transplantation depends on renal function and dose of steroids administered.

MATERIAL AND METHODS: In this work we report 10 renal transplants in children aged between 8 and 15 years carried out between 2006 and 2009. The analysis of records for age, sex, initial nephropathy, dialysis method, the evolution and complications after renal transplantation.

RESULTS: Donor: Age 23 to 50 years myself: 45 years Sex: female (mother in 70% of cases) GFR: 40% above 100ml, 60% between 85 and 100ml/min, On the receiver: Age: 8 years to 15 years, Gender: 40% male. The initial nephropathy, in 40% of hereditary nephropathy, 20% type of malformation, 20% undertermined, 20% GEM. The type of dialysis pretransplantation: hemodialysis 60%, the mean duration was about one year. 100% of cases were compatible in the ABO system, 90% HLA semi-identical only one full game. In biological terms: HB between 8-1 Ig/dl – calcium between 75-80mg / 1 viral serology: 90% EBV, CMV CMV IgG positive, EBV negative one case, 100% HCV, HBV, HIV and syphilis negative. Induction therapy: tymoglobuline, prednisolone, CellCept, ICN in 80% of cases, Simulect imurel, prednisolone, majority (90%) with MMF (60%) or azothioprine in 20% of cases. Mainta

DISCUSSION: On the failure to thrive: improvement after renal transplantation. GFR: 20% above 100ml / min, body Anti HLA post transplant classe II:01 cases. Evolution: Obesity: 02 cases, hypertension: 03 cases, pyelonephritis: 02 cases, nephritic syndrome: 01 cases (treated with amphotericin B) surgical (20%).

CONCLUSION: In our series, children with kidney transplants for 2006-2009 had developed well, both in graft survival (100%) than socio-school with a success rate above 70%. Complications manageable did not affect the quality of life of children comparing the situation before renal transplantation.

C 08

ANOMALIES NEPHROLOGIQUES CHEZ LES DREPANOCYTAIRES HOMOZYGOTES (SS) AU CAMEROUN

KAZE FOLEFAKKE, ASHUNTANTANG G, ATANGA L, MONNY LOBEM, KINGUE S.

Faculte de Medicine et des Sciences Biomedicales, BP 1634 Yaoundé, Cameroun, E-mail: f_kaze@yahoo.fr

Introduction

La drépanocytose est une maladie endémique en Afrique sub-saharienne. L'amélioration de la prise en charge des patients a conduit à l'augmentation de l'espérance de vie entraînant la survenue d'anomalies diverses dont néphrologiques. Le but de notre étude était de recenser les différentes anomalies à l'examen d'urines et d'estimer le débit de filtration glomérulaire (DFG) par le calcul de la clairance de la créatinine.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique étalée sur une période de 4 mois (Septembre à Décembre 2009) chez tout patient drépanocytaire ne présentant aucun facteur confondant d'anomalies à l'examen d'urines.

Résultats

Nous avons recruté 72 patients dont 50 étaient stables et 22 en crises vaso-occlusives. Trente neuf (54, 17%) étaient de sexe masculin. L'âge moyen était de 20, 44 \pm 2,38 ans (2 à 50 ans). 17% des patients avaient des crises très fréquentes (≥ 12 /an). 20, 78% des patients avaient déjà eu une autre complication de la maladie. 87,5% des patients présentaient des anomalies à l'examen d'urines ; C'étaient la bilirubinurie (69,44%) ; la leucocyturie (22,22%) ; l'urobilinogénurie (20,83%) ; l'albuminurie (11,11%) ; la cristallurie (9,72%) et l'hématurie (8,34%). Le pH urinaire moyen était de 5,778 \pm 0, 22 et la densité urinaire moyenne était de 1,006 \pm 0,001 chez les patients stables. 30, 6%, 13,89% et 1,39% des patients présentaient respectivement un DFG supérieur à 140 ml/min (hyperfiltration), entre 60 et 89 ml/min et inférieur à 60 ml/min (insuffisance rénale). La durée de la maladie (l'âge) était associée à une augmentation de la prévalence de l'albuminurie, une alcalinisation urinaire et une baisse du DFG.

Conclusion

L'amélioration de l'espérance de vie des drépanocytaires homozygotes SS est à l'origine de l'augmentation de la fréquence des lésions glomérulaires et tubulaires.

Mots clés: Anomalies néphrologiques; Drépanocytose homozygote.

C 09

L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE CHEZ LE SUJET AGE, PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE: A PROPOS DE 53 OBSERVATIONS

Rais L, Dridi A, Laabidi M, Ben Fatma L, Beji S, F, Krid M, Smaoui W, Ben Maiz H*, Zouaghi K, Ben moussa F

Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale, Hospital La Rabta, Tunis – Tunisie. *Laboratoires de recherche en Pathologie Rénale LR 00 SP 01, Hospital Charles Nicolle, Tunis -Tunisie

Introduction. Les pathologies rénales sont de plus en plus l'apanage du sujet âgé du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, notamment chez les hypertendus et les diabétiques. L'insuffisance rénale chronique (IRC) largement répandue dans la population âgée est particulière du fait de l'intrication du vieillissement physiologique de la fonction rénale d'une part et de la poly-pathologie et la poly-médication d'autre part.

Matériels et Méthode. Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive du profil épidémiologique et clinique du sujet de plus que 65 ans hospitalisé dans un service de néphrologie pour IRC entre Mai 2007 et Mars 2009.

Résultats. Parmi 426 patients hospitalisés au cours de cette période nous avons recensé 68 sujets âgés de plus que 65 ans. Le diagnostic d'IRC a été retenu chez 53 patients d'entre eux soit 78%. L'âge moyen était de 73 ans [65 - 86 ans]. Le sexe ratio H/F était de 0,76. Le motif principal d'hospitalisation était l'insuffisance rénale avancée (79,2%). La durée moyenne de la symptomatologie précédant l'hospitalisation était de 6 mois [1-24]. Le nombre médian d'antécédents pathologiques/malade était de 2,4 [0-6]. Le score moyen de comorbidité était de 5±2 (score de Charlson) avec des extrêmes de 1 à 11. Vingt cinq malades (47%) avaient des antécédents néphrologiques, 44 (83%) patients étaient connus hypertendus et 20 (37%) patients étaient connus diabétiques dont 17 présentaient des complications dégénératives. La durée moyenne d'hospitalisation dans le service était de 27±13 jours. L'insuffisance rénale chronique était en rapport avec une néphropathie glomérulaire dans 25 cas (47,1%), une néphropathie vasculaire dans 6 cas (11,3%), une néphropathie tubulo-interstitielle dans 11 cas (20,8%) et une néphropathie indéterminée dans 11 cas (20,8%). La clairance moyenne de la créatinine selon la formule MDRD était de 13±12 ml/mn avec des extrêmes de 2,5 à 57. L'insuffisance rénale était jugée «stade 5» dans 73% des cas, «stade 4» dans 15% des cas et «stade 3» dans seulement 1% des cas. 27 patients (50%) ont

Tableau I : Néphropathie glomérulaire interstitielle

Néphropathie diabétique	11
Amylose type AA (BPCO)	3
Glomérulonéphrite membrano proliférative (cryoglobulinémie secondaire à lymphome lymphoplasmocytaire)	1
Glomérulonéphrite extra membraneuse	1
Néphropathie glomérulaire d'allure primitive (stade avancée)	9

C 10

ASPECTS HISTOLOGIQUES DE LA NEPHROPATHIE LUPIQUE: EXPERIENCE DU SERVICE DE NEPHROLOGIE SAHLOUL SOUSSE
Fradi-Abid M, Zellama D, Belarbie A, Sahtout W, Guedri Y, Mrabet S, Azzabi A, Sabri F, Mokni M, Achour A

Service de Néphrologie dialyse et Transplantation Rénale hospital sahloul sousse, Tunisie

Service d'anatomopathologie hospital Farhat Hached sousse, Tunisie

Introduction

L'atteinte rénale est l'une des manifestations les plus fréquentes et les plus graves du lupus érythémateux systémique (LES) conditionnant en grande partie le pronostic. Elle réalise en général un tableau de néphropathie glomérulaire de sévérité variable.

Nous nous proposons de décrire l'aspect histologique retrouvé lors de la lecture de ponction biopsie rénale (PBR) des patients atteints de LES.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les PBR réalisées dans le service de néphrologie entre novembre 2006 et avril 2010 chez des patients atteints de LES étalées sur une période de novembre 2006 au mois d'avril 2010. Seules les premières PBR ont été retenues pour l'analyse statistique. Les PBR itératives dans le cadre de surveillance ont été considérées à part. La néphropathie lupique était classée selon la classification de l'OMS.

Résultats

Au cours de la période suscitée, 47 PBR ont été réalisées chez 43 patients. L'âge moyen était de 32,44 ans avec des extrêmes de 14 ans et 67 ans. Il s'agissait de 35 femmes et de 8 hommes.

Parmi les 43 lames, 4 ne comportaient pas de glomérule. Dans les 39 biopsies restantes, le nombre moyen de glomérules était de 14,5 glomérules avec des extrêmes allant de 3 à 30 glomérules par biopsie.

Les glomérules en pain à cacheter ont été retrouvés dans 12 biopsies. Un aspect en wire loop était observé dans 2 lames, un croissant était trouvé dans 6 lames, une nécrose fibrinoïde dans 5 lames. L'aspect de caryhexis a été observé dans 5 lames. Une atteinte interstitielle associée était trouvée dans 27 cas. UN infiltrat interstitiel a été observé dans 22 biopsies, associé dans 8 biopsies à une fibrose et dans 5 biopsies à une atrophie tubulaire. Des thrombi intra capillaires ont été observés dans 2 biopsies. Une atteinte interstitielle isolée a été notée dans une seule lame histologique.

Concernant les classes de la NL, la classe I de l'OMS n'a pas été objectivée, la classe II a été observée dans 11 biopsies, la classe III dans 5 cas, la classe IV dans 23 cas et la classe V dans 2 cas, la classe 6 dans 2 cas. L'association de classes a été constatée dans 3 cas. Une corrélation anatomo clinique était présente dans 39 cas.

L'étude en immunofluorescence n'a intéressé que 36 biopsies. Une positivité des C1q a été trouvée dans 26 cas, Ig G dans 34 cas, et IgA dans 22 cas.

Les biopsies itératives étaient au nombre de 4 avec un passage d'une classe II à une classe IV dans un cas, de classe III à la classe IV dans un cas, de classe V à la classe IV dans un cas et de classe IV à la classe VI dans une biopsie.

Discussion et conclusion

Il existe dans notre série une similitude dans la répartition des classes histologiques avec les différentes autres séries où les formes prolifératives diffuses prédominent variant entre 27 et 53 % selon les séries. Bien que les manifestations cliniques les plus graves ont tendance à s'associer aux formes histologiques les plus sévères, le tableau clinique ne peut pas prédire avec certitude les lésions histologiques, d'où l'indication large de la PBR au cours de NL.

C 11

PONCTIONS BIOPSIES RENALES: A PROPOS DE 311 CAS BOUSSAADIA I, BELARBIA A, ZELLAMA D, GUEDRIT Y, SAHTOUT W, AZZEBIA A,

nécessité le recours à une hémodialyse en urgence et 31 patients (58%) étaient mis en hémodialyse périodique. Des complications étaient observées dans 4 cas. Il s'agissait de 2 cas d'embolie pulmonaire, une pneumopathie hypoxémiant entraînant le décès du patient.

Discussion: Dans cette population de sujets âgés aux antécédents personnels riches, l'hypertension artérielle était l'antécédent pathologique le plus fréquent suivi du diabète souvent au stade de complications dégénératives. Par ailleurs, près de la moitié des patients avaient des antécédents néphrologiques connus. Quand à la néphropathie initiale, elle était glomérulaire dans près de la moitié des cas et d'origine diabétique dans 20% des cas. La plus part des patients arrivaient tardivement en néphrologie souvent au stade terminal de leur maladie et se trouvaient alors en hémodialyse fragilisés après une longue période d'hospitalisation ce qui retentit sur leur qualité de vie et limite leur autonomie.

Conclusion: Le dépistage précoce, la prévention et la lutte contre la progression de l'insuffisance rénale chronique chez le sujet âgé où la comorbidité vient alourdir le pronostic sont les meilleurs garants d'une bonne qualité de vie et d'une réduction du cout socio-économique.

Tableau II : Néphropathie

Tubulopathie myélomateuse	2
sarcoïdose	1
Polykystose hépato rénale	1
Néphropathie interstitielle d'étiologie indéterminée	7

SABRI F, ACHOUR A.

SERVICE DE NEPHROLOGIE, DIALYSE ET TRANSPLANTATION, SAHLOUL, SOUSSE, TUNISI

Introduction:

La biopsie rénale a un intérêt majeur dans le diagnostic étiologique, la décision thérapeutique, et l'évaluation pronostique des maladies rénales primitives et secondaires. C'est une technique qui est relativement simple mais pouvant présenter des complications graves. L'objectif de notre étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des biopsies rénales réalisées dans notre service de Néphrologie.

Matériels et Méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 311 biopsies rénales réalisées dans le service de Néphrologie entre Janvier 2007 et Octobre 2010. Les biopsies ont intéressé des reins natifs ainsi que des greffons rénaux. Toutes les biopsies ont été étudiées en microscopie optique et en immunofluorescence ceci sous réserve d'un matériel suffisant.

Résultats:

Il s'agit de 162 hommes et 149 femmes. L'âge moyen est de 38 ans avec des extrêmes entre 6 et 84 ans. En 2007, 55 PBR ont été réalisées soit 17% du total des biopsies, 31,2% en 2008, 27,33% en 2009 et 24,43% en 2010. Selon le type histologique de l'atteinte rénale et le tableau clinique, la glomérulonéphrite membrano proliférative s'est manifestée par un syndrome néphrotique pur dans 31,2% des cas et une hématurie dans 25% des cas. Par ailleurs, la présentation clinique d'une hyalinose segmentaire et focale était faite d'un syndrome néphrotique pur dans 87,5% des cas. Une atteinte rénale type lésions glomérulaires minimes s'est présentée cliniquement par un tableau de syndrome néphrotique pur dans 47,1% des cas. Une néphropathie lupique a été observée chez 72,3% des patients connus porteurs d'un lupus érythémateux systémique, avec une classe 4 dans 55,3% des cas. Enfin, l'amylose rénale s'est manifestée par un syndrome néphrotique pur dans 77,8% des cas.

Discussion: L'apport diagnostique de la biopsie rénale est indiscutable surtout pour le syndrome néphrotique qui reste l'indication majeure à la PBR. L'échoguidage en temps réel et l'utilisation d'un pistolet automatique permettent de réduire le taux d'échec et d'augmenter le nombre des glomérules par biopsie. L'application de différents types de colorations et l'usage systématique de l'immunofluorescence permettent d'affiner la lecture et d'améliorer le rendement de la technique.

Conclusion: La biopsie rénale reste donc un examen important à l'approche diagnostique et thérapeutique en néphrologie.

C 15

ANOMALIES NEPHROLOGIQUES CHEZ LES PERSONNES VIVANTES AVEC LE VIH, NAIFS AUX ANTIRETROVIRAUX AU CAMEROUN
CISSE M M, KA E F, KAZADI B K M, GUEUYE S, CISSE M, NIANG A, DIOUF B.

Service de Néphrologie, CHU A, Le Dantec, Dakar, Sénégal

Introduction: Les anomalies néphrologiques au cours de l'infection à VIH fréquentes et indépendantes du stade de l'infection. Il s'agit d'une protéinurie, hématurie ou leucocyturie couplée ou non avec une baisse du débit de filtration glomérulaire. Leur dépistage précoce permettrait d'anticiper l'initiation du traitement antiretroviral (ARV) et d'adapter les doses médicamenteuses. L'objectif de notre étude était de recenser les anomalies à l'examen d'urines et d'estimer le taux de filtration glomérulaire.

(TFGe) par le calcul de la créatinine.

Méthodes: Nous avons réalisé une étude transversale et descriptive étalée sur une période de 2 mois (novembre à décembre 2009) chez tout patient adulte, séropositif au VIH, naïf aux ARV et ne présentant aucun confondant d'anomalies à l'examen d'urines.

Résultats: Au total 104 patients dont 71 femmes (68,3%) ont rempli les critères d'inclusion. La moyenne d'âge était de 35,03±10,73 ans. La durée moyenne de

l'infection était de 11.51 ± 6.52 mois. Le taux de lymphocytes TCD4 moyen était de 305 ± 202.09 /ml et 41.3% des patients étaient au stade 3 (OMS 2006) de l'infection à VIH. Les anomalies néphrologiques étaient présents chez 41.3% des patients. La protéinurie, la leucocyturie et l'hématurie étaient les anomalies retrouvées avec des fréquences respectives de 35.5%, 13.5% et 11.5%. La valeur moyenne de créatininémie était de 9.3 ± 2.5 mg/l. Le TFGe par les formules de MDRD et Cockcroft et Gault était respectivement de 107.3 ± 35.6 ml / mn et 93.0 ± 33.1 ml / mn, soit une moyenne des 2 formules de 100.2 ± 32.7 ml / mn. 2.8% des patients avaient un TFGe moyen inférieur à 60 ml/mn. Les anomalies urinaires étaient associées de manière significative à un faible du taux de lymphocytes TCD4. Seule la protéinurie était associée au stade avancé de l'infection à VIH et à la baisse de TFGe.

Conclusion: La protéinurie, l'hématurie et la leucocyturie sont fréquentes chez ce groupe de patient dont la majorité garde une fonction rénale normale.

Mots clés: Anomalies néphrologiques; VIH; Antirétroviraux.

C 16

SCLEROSE PERITONEALE ENCAPSULANTE A PROPOS D'UN CAS.

CISSE M M, KA E F, KAZADI B K M, SECK S M, GUEUYE S, CISSE M, NIANG A, DIOUF B.

Service de Néphrologie, CHU A, Le Dantec, Dakar, Sénégal

Introduction: La sclérose péritonéale encapsulante (SPE) est une complication de la dialyse péritonéale, la tuberculose péritonéale est l'un des facteurs incriminés dans sa genèse. Nous rapportons un cas de SPE survenue chez un malade en DPCA après un tuberculose péritonéale.

Observation : Il s'agit d'un patient de 40 ans, suivi en DPCA depuis deux ans, puis transféré en hémodialyse après une péritonite tuberculeuse à BK positive deux mois avant son hospitalisation pour de vomissement incoercibles, une diarrhée chronique liquidienne et une altération importante de l'état général. Un tableau de syndrome sub-occlusif a motivé une laparotomie avec biopsie qui a montré une sclérose péritonéale. L'évolution a été marquée par une stabilisation Clinique après une corticothérapie à base de prednisone 0.5 mg/Kg /j associée au mycophénolate mofetil.

Discussion: la SPE reste une complication rare de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA). So incidence est variable, de 0.7 à 7.3% et, est étroitement corrélée à l'âge en DPC et augmenterait à partir de la cinquième et de la huitième année selon les auteurs. La tuberculose péritonéale a été décrite comme une cause isolée, bien que rare, de la SPE. Mais le délai d'installation entre la péritonite tuberculeuse et la SPE n'a pas été précisé. Dans notre observation, la SPE est diagnostiquée deux ans seulement après le début de la DPA et deux mois après une tuberculose péritonéale. Nous avons deux facteurs favorisants associés et un délai de survenue de la SPE raccourci comparativement à durée de la DPCA. Ces deux facteurs favorisants, ont-ils un effet synergique, pouvant expliquer le raccourcissement du délai d'installation de la SPE. Bien que les hypothèses physiopathologiques plaident en faveur, nous n'avons pas retrouvé de cas similaire dans la littérature.

Conclusion: La DPCA et la péritonite tuberculeuse peuvent être des causes de la SPE de façon isolée, mais les deux mis en ensemble peuvent avoir un effet synergique. Seule une étude sur des échantillons à grande échelle, nous permettra de savoir quelle est l'influence de l'association de la DPCA et la tuberculose péritonéale sur la survenue de la SPE.

MOTS CLES: Dialyse péritonéale, sclérose péritonéale encapsulante, tuberculose péritonéale.

C 17

INSUFFISANCE RENALE AIGUE CHEZ LE SUJET AGE, PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE: PROPOS DE II OBSERVATIONS

Rais L, Dridi A, Laadidi M, Ben Fatma, L, Krid M, Smaoui W, Ben Maiz H, Béji S, Zouaghi K, Ben Moussa F,

Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale. Hôpital La Rabta, Tunis – Tunisie. *Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale LR 00 SP 01. Hôpital Charles Nicoll, Tunis – Tunisie

Introduction: Les pathologies rénales sont de plus en plus lapanage du sujet âgé du fait de l'augmentation de l'espérance de vie. L'insuffisance rénale aiguë (IRA) du sujet âgé est particulière du fait de l'intrication du vieillissement physiologique de la fonction rénale d'une part et du retentissement de nombreuses chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA) ou les pathologies obstructives urologiques d'autre part.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive du profil épidémiologique et clinique du sujet de plus de 65 ans hospitalisé dans un service de Néphrologie pour IRA entre Mai 2007 et Mars 2009.

Résultats: Parmi 246 malades hospitalisés au cours de cette période nous avons recensé 68 sujets âgés de plus que 65 ans. Le diagnostic d'IRA a été retenu chez 11 malades d'entre eux soit 16%. L'âge moyen était de 74 ans [65 – 81 ans]. Le sexe H/F était de 1.2. La médiane du nombre d'antécédents pathologiques/malade était de 3 [1-6]. La médiane du score de comorbidité était de 4 (score de Charlson) avec un pourcentage de survie à 10 ans de 53%. Six maladies (54%) avaient des antécédents néphrologiques, avec néphropathie vasculaire, néphropathie diabétique et néphropathie chronique non étiquetée dans respectivement 1, 2 et 3 cas. La médiane de la durée d'hospitalisation dans le service était de 15 jours [8-56 jours]. L'IRA était d'origine médicamenteuse dans cinq cas (45%). Les médicaments incriminés étaient respectivement: la metformine, l'allopurinol, les fibrates, l'association inhibiteur de l'enzyme de conversion et diurétique et enfin l'association gentamycine et produit de contraste iodé. L'IRA était en rapport avec une déshydratation dans 3 cas (27%) et en rapport avec une infection dans 2 cas (18%). Un TURP syndrome était chez un patient. La valeur médiane de la créatinine au moment de l'admission était de $640 \mu\text{mol/l}$ [150 – 956 $\mu\text{mol/l}$]. Six patients (54%) avaient nécessité le recours à une hémodialyse en urgence dont un avait été mis en hémodialyse périodique. Sept malades avaient gardé une insuffisance rénale chronique.

Conclusion: Les stratégies diagnostiques et thérapeutiques de l'IRA chez le sujet âgé consistent à corriger sans délai l'états de déshydratation et d'hypovolémie de diagnostiquer et de traiter les infections intercurrentes. Quant à la néphrotoxicité, la meilleure stratégie reste préventive. En effet, il est important d'apprécier la fonction rénale avant

de prescrire un médicament à élimination rénale et de contrôler la fonction rénale en cas de prescription de médicaments potentiellement néphrotoxiques.

C 18

LES INFECTIONS DES CATHETERS EN HEMODIALYSE BAH A.O. *

BALDE M.C.**, KABA M.H**, DUPUISE E.**, VRROVNIK E**

*Service de Néphrologie et Hémodialyse du CHU de Conakry, BP 234

**Service de Néphrologie et Hémodialyse de l'Hôpital Bichat, Université Paris

VII, 46, rue Henri Huchard 75018, Paris

Introduction: Il s'agit d'une étude rétrospective sur 2 ans (2007 – 2008). L'objectif était de déterminer l'incidence globale des infections liées aux cathéters tunnelisés en Hémodialyse.

Méthode et Résultats: Deux cent vingt deux patients d'insuffisance rénale, hémodialysés chroniques en 2007 et 2008 ont été observés. Vingt quatre patients ont reçu un verrou citrate et 198 verrou heparine. Le nombre de jours de catheter était de 8000 en 2007 et 110 en 2008. Le nombre de patients pris en charge avec un catheter était de 112 en 2007 et 110 en 2008. Le nombre d'infections sur catheter documentées était de 5 avec le verrou heparine, ce qui donnait un taux de bactériémie pour 1000 jours catheter de 0,83 pour le citrate et de 3.3 pour l'heparine ($p < 0.006$). Les principaux germes étaient le Staphylococcus aureus et le Staphylococcus épidermidis qui n'ont été retrouvés qu'avec le verrou heparine et le Pyocyanique qui a été retrouvé 4 fois avec le verrou heparine contre 1 fois avec le verrou citrate. Les autres germes étaient plus rares, ce sont : Enterobacter cloacae, Escherichia coli, Sternotrophomonas maltophilia, Klebsiella pneumonia, Serratia saprophyticus, Citrobacter Koser, Enterobacter Faecium, Corynebacterie. Le délai moyen de survenue de l'infection était de 140 jours avec le verrou citrate et 119 jours avec le verrou heparine.

Conclusion: Le verrou citrate trisodique concentré à 46.7% reste plus efficace que le verrou heparine sodique seule dans la prévention des infections liées aux catheters. Ces résultats montrent l'intérêt d'évaluer cette approche pour l'ensemble des patients pris en charge au long cours sur catheter tunnelisé.

C 19

ESTIMATION DE LA FILTRATION GLOMERULAIRE AVEC LES FORMULES DES COCKROFT – GAUT ET DE MDRD CHEZ LES INSUFFISANTS RENEAUX CHRONIQUES DES ST LOUIS DU SENEGAL. QUELLE EQUATION POUR LE SUJET NOIR AFRICAIN?

I DIALLO*, S.M SECK*, S. GUEYE*, E.F KA**, B DIOUF**

*SERVICE DE NEPHROLOGIE HOPITAL DE SAINT LOUIS - **SERVICE DE NEPHROLOGIE H.A.I.D

Introduction: La comparaison de l'estimation du DFG par la formule de Cockcroft et Gault, et la formule de MDRD n'est pas documentée en milieu rural African.

Le but de notre étude est d'évaluer la sensibilité comparative de la formule proposée par Cockcroft et gault, et de la formule de MDRD non modifiée en milieu rural African.

Méthode: C'est une étude rétrospective concernant 142 patients, colligés entre janvier 2007 au juin 2009, soit 30 mois, au service de médecine I. Inclus tous les IRC ayant bénéficié une estimation du DFG par la formule de Cockcroft-Gault et de la MDRD non modifiée.

Résultats: Dans notre étude, l'âge moyen était de 52 ans avec des extrêmes de 20 et 84 ans. Le sexe ration est légèrement en faveur des hommes (74H, 68F). A l'admission, tous les patients avaient une atteinte rénale chronique: Selon la formule de Cockcroft et Gault, et la classification d'IRC par K.Doqi: 83% Présentaient une IRCT (clcreat>30-60ml/mN). Selon la formule de MDRD non modifiée avec origine ethnique noire 80,9% présentaient une IRCT grade 5 (Clcreat <15ml/1.73m2) ; 14% avaient une IRC grade 4 (cl>15-30ml/mn/1.73m2) ; 4,9% souffraient d'une IRC grade 3 (clcreat>30-60ml/mN/1.73m2).

Figure : Estimation du DFG en (ml/mN/1.73m2) chez les 42 patients.

o Formule de Cockcroft et gault en ligne bleu.

o La formule de MDRD (ligne rose). $p > 0.05$

Commentaire figure : la classification d'IRC selon le DFG, d'après le K-Doqi. Les 2 formules Cockcroft et de MDRD appliqués en milieu rural African ne sont pas différentes en information.

Discussion: Les performances de la formule de MDRD non modifiée dans la population noire du milieu rural sont identiques à l'estimation du DFG proposée par Cockcroft et Gault en 1976. D'une manière générale, la formule de Cockcroft sous estime le DFG chez les sujets âgés, et le surestime en cas de rétention hydrosodée et de l'excès du poids. Alors que la formule de MDRD est moins performante en cas d'amaigrissement (IMC<19 kg/m2).

Conclusion : L'estimation du DFG par les formules de Cockcroft et de MDRD chez le sujet noir est intéressante pour évaluer le degré de sévérité de l'atteinte rénale, mais elle sont moins précises pour estimer le DFG normal.

Suggère : Il apparaît intéressant d'améliorer la formule de MDRD calculée avec facteur ethnique noir africain pour mieux améliorer les performances de cette équation.

C 20

PREVALENCE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE SAINT-LOUIS DU SENEGAL: ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR 134 CAS DE MARS 2006 À MARS 2008.

Diop A, Diallo I, Seck S M

Service de médecine interne CHR Saint Louis, Sénégal

Introduction: L'absence de registre national d'IRC dans les structures de santé fait que la fréquence de cette maladie reste méconnue. La présence d'une équipe spécialisée a été le motif de cette étude. Le But de notre étude est d'évaluer la prise en charge thérapeutique des patients atteints de cette maladie.

Méthode : C'est une étude rétrospective concernant 134 patients, colligés entre mars 2006 à mars 2008 au Service de Médecine interne.

Résultats : Dans notre étude, sur un total de 1917 patients toutes pathologies confondues, nous avons recensé sur 24 mois 134 cas d'IRC, soit une fréquence de 6.7%. L'âge moyen était de 50 ans avec des extrêmes de 20 et 84 ans. Le sexe ration

était légèrement en faveur de homes (1.12). La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours dans notre étude. A l'admission 53.73% étaient diabétiques, 36.56% n'étaient pas définis. Tous les patients avaient une atteinte rénale chronique. Selon la formule de Cockcroft et Gault 52.98% des patients présentaient une IRC terminale (Cl.creat \leq 0ml/mn/1.73 m²) ; 9.70% des patients avaient une IRC préterminale grade 4 (Cl $>$ 10 - \leq 5ml/mn/1.73m²) ; 20.14% souffraient d'IRC sévère grade 3 (Cl.creat $>$ 15- \leq 30ml/mN) ; 15.67% avaient une IRC modérée grade 2 (Cl.creat $>$ 30 - 60 ml/mn) ; 1.49% avaient une IRC légère grade 1 (Cl.creat $>$ 60ml/mn). 19% ont bénéficié d'un dosage d'hémoglobine, et souffraient d'anémie normocytaire normochrome arénergétique. 5.9% avaient une protéinurie importante ($>$ 2 g/l). L'objectif principal recherché était de ralentir la progression d'IRC. Le traitement non pharmacologique par les mesures d'hygiène-dietétiques (hyposodé, hypoprotidique, hypokaliémie) était systématique avec DFG 30ml/mn. Le traitement pharmacologique était l'inhibiteur calciques dans 64.9%, IEC dans 23.8% diurétique de l'angle dans 94.7%. Bêta-bloquants dans 3.7%. La supplémentation en calcium sous forme de carbonate de calcium était faite chez les cas avec (Cl.creat $<$ 30ml/mn). Une supplémentation martiale était systématique chez les cas avec DFG $<$ 30ml/mn. Les ARA2 n'étaient pas utilisés à cause de leur coût élevé. L'évolution était favorable dans 81.4% et défavorable avec décès 18.6% par défaut de dialyse.

Discussion: Notre étude montre une fréquence élevée d'IRC au CHR de Saint-Louis. Cette fréquence intéresse surtout la population jeune ($<$ 50 ans) la plus active. Les femmes également sont plus touchées adulte, à cause des antécédents obstétricaux. Cependant, la prédominance masculine chez les personnes âgées pourrait s'expliquer par le lien entre la vieillesse et la survenue d'IRC.

Conclusion: L'IRC est importante; cette pathologie touchée en grand pourcentage les moins de 49 ans. Plus de la moitié étaient au stade de dialyse (DFG $<$ 15ml/mn).

Mots clés: Prévalence, Insuffisance rénale chronique

C 21

EVOLUTION DE LA FAV APRES TRANSPLANTION

Mouram H, Benasila M, Sabri S, Benamar L, Ouzeddoun N, Bayahia R, Ezaitouni F.

Service de Néphrologie, hémodialyse et transplantation Rénale, CHU Ibn Sina de Rabat, MAROC

Introduction: La fistule artério-veineuse (FAV) constitue un véritable cas de l'hémodialyse chronique. Cependant, après la transplantation rénale, ces dernières peuvent être le siège de nombreuses complications en absence de mesures de prévention habituelles. Le but de ce travail est d'étudier le devenir des abord vasculaires chez les patients transplantés rénaux.

Matériels et Méthodes: quatre-vingt deux patients transplantés rénaux ayant un abord vasculaire fonctionnel, ont été colligés Durant la période entre 1981 et 2010. Nous avons relevé les données concernant la technique et l'ancienneté de dialyse, le receveur (antécédents personnels, complications après la greffe) et concernant la FAV (type, complications, durée de vie).

Résultats : Parmi les 82 patients colligés, 21 (25.6%) ont présenté une complications de la FAV après une médiane de 38.50 mois [1 à 200]. L'âge moyen était de 40.68 \pm 12.81 ans avec un sexe ratio de 0.67. La néphropathie initiale était une néphropathie diabétique chez 6.1% des patients. La durée moyenne de dialyse était de 33.11 \pm 26.08 mois [2 à 140]. Après la transplantation, 23% a développé une hypertension artérielle, 16% un diabète et 12% ont présenté un erythrocyte. Il s'agissait d'une FAV débit dans 19% des cas et 14.3% fistules étaient anevrysmales. Le traitement a consisté en une mise à plat des FAV anevrysmales dans 9.5% des cas, une thrombectomie dans 9.5% des cas et 81% des FAV ont été ligaturées. Dans notre étude, l'âge la durée de dialyse et le type de la FAV n'étaient pas de facteurs de risque associés ($p=0.64$, 0, 49 et 0, 46 respectivement).

Conclusion: L'abord vasculaire chez tout patient dialysé ou transplanté rénale doit être une préoccupation essentielle. Après TR, le risque évolutif reste dominé par la thrombose qui peut être prévenu par un suivi régulier. L'attitude thérapeutique doit être conservatrice le plus possible et la sanction chirurgicale sera indiquée pour les FAV compliquées avec sans retentissement cardiaque.

C 22

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA PONCTION BIOPSIE DU GREFFON RENAL

Mouram H(I), Sabri S (I), Elharraqui R (I), Alhamany Z (2), Benamar L (I), Ouzeddoun N (I), Bayahia R (I), Ezaitouni F (I)

I-Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU Ibn Sina de Rabat, MAROC

2-Laboratoire d'Anatomo-Pathologie, Hopital des enfants Rabat. MAROC

Introduction: La transplantation rénale (TR) a apporté des bénéfices importants en termes de survie, et de qualité de vie aux patients en insuffisance rénale terminale. Cependant, Le greffon rénal reste la cible de nombreuses agressions dont certaines débütent très malgré les progrès réalisés. Le but de notre est d'analyser l'indication de la ponction biopsie de greffon rénal (BPG) et d'étudier les données anatomopathologiques et leur impact thérapeutique évolutif sur la fonction rénale.

Méthodes: 84 patients transplantés rénaux ont été suivis de 1981 à 2010. Nous avons évalué les données suivantes : l'âge du receveur, la néphropathie initiale, le type du donneur, le nombre et les indications de la PBG, leur délai de réalisation ainsi qu'aux résultats, traitement et évolution de la fonction rénale.

Résultats: 37 patients (44.05%) ont bénéficié d'une PBG avec un âge moyen de 39.43 \pm 11.85 ans. La néphropathie initiale était une glomérulopathie chez 27% des patients et 5.6% avaient une néphropathie diabétique. La greffe rénale était à partir d'un donneur vivant apparent chez 86.5% d'un donneur vivant non apparent chez 8.1% et apparition d'un donneur en état de mort encéphalique chez 5.4% des cas. Le nombre moyen de PBG par patient était de 1.5 [1 à 4], après un délai moyen de 26.11 [1 à 124] mois. L'indication était un retard de reprise de fonction rénale chez 32.4% de patients, une aggravation de la fonction rénale chez 54.1% et une apparition d'une protéinurie dans 13.5% des cas. Au total, 56 ont été réalisées, l'aiguë a été retrouvée dans 28.57% des PBG, la glomérulopathie de novo dans 3.5% la récurrence de la néphropathie

initiale a été objective dans 12.5%, la toxicité de anticalcineurines a été retrouvée dans 21.4% et 14.28% des PBG étaient en faveur d'une néphropathie chronique d'allogreffe. L'évolution a été marquée par une stabilisation de la fonction rénale après un traitement spécifique chez 51.4% patients avec une créatinémie moyenne de 24mg/l [9 à 180] soit un débit de filtration glomérulaire de 45ml/min/1.73m² selon MDRD. L'aggravation de la fonction rénale a été retrouvée chez 10.8% de patients et 5.7% ont nécessité le recours à la dialyse.

Conclusion: La biopsie du greffon rénal de faire un état de lieux un temps donne des lésions histologiques constituées. Elle constitue un véritable outil de suivi qui permet de fournir des informations non continues dans les données cliniques importantes pour la veillance et la gestion de la survie du greffon.

C 23

REJET HUMORAL AIGU ET PROTOCOLE MARRAKECH

Bouidida B (I), Peltirt J (2), Bayahia R (I), Rondeu Au E (2)

(I) Service de Néphrologie-dialyse-transplantation rénale, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

(2) Service des urgences néphrologiques et transplantation rénale, Hôpital Tenon, Paris, France

Introduction: Plusieurs techniques semblent améliorer l'évolution du rejet aigu humorale, pourtant aucune stratégie claire n'a émergé actuellement. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'évolution des maladies avec rejet humoral trait par la combinaison IgIV/Echanges plasmatiques/Rituximab, également appelée protocole Marrakech.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective comprenant 25 patients ayant présenté un rejet humoral aigu (selon la classification de Banff 1997) entre Janvier 2005 et Avril 2010. Tous les patients traités par un protocole autre que le protocole Marrakech ont été exclus (n=4). Nous avons recueillie chez le plan évolutif, nous avons noté le survenue de décès, d'insuffisance rénale chronique terminale, la cintique des Anticorps spécifiques du donneur, ainsi que les complications infectieuses ou néoplasiques après protocole Marrakech. L'analyse statistique a été réalisée par SPSS 11.5.

Résultats: L'âge moyen des patients est de 49.7 \pm 14 ans, le sexe ratio est de 2.33 et la durée de suivi de 37 \pm 10 mois. La capillarite peritubulaire est retrouvée chez 16 patients, la glomérulite chez 17 patients. Le c4d est positif chez 12 patients. La survie rénale a 38 mois est de 55%. On note 2 cas de décès sur la durée de suivi. Par ailleurs, on note 24 épisodes infectieux nécessitant l'hospitalisation chez l'ensemble des patients sur la durée de suivi et 3 cas d'infection CMV.

Conclusion: Le rejet humoral reste de mauvais pronostic malgré une meilleure connaissance de mécanismes d'action des différents médicaments immunosuppresseurs. Des études plus larges sont nécessaires pour déterminer les associations de médicaments optimales dans ce type de rejet.

C 24

LEPTOSPIROSE ET ATTEINTE RENALE

B Bouidida, F Berkchi, H. Rhou, F. Ezaitouni, L. Benamar, R. Bayahia, N. Ouzeddoun

Néphrologie, dialyse et Transplantation Nénale, CHU Ibn Sina Rabat, Maroc

Introduction: L'atteinte rénale au cours de la leptospirose est précoce, multifactorielle et caractérisée essentiellement par une néphrite tubule-interstitielle.

Le but du travail est d'évaluer le profil évolutif de leptospiroses avec atteinte rénale.

Méthodes: Etude rétrospective à propos de 20 cas de leptospirose avec insuffisance rénale, colligés entre janvier 2000 et Décembre 2009. Nous avons analysé les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives de la leptospirose chez ces patients.

Résultats: L'âge moyen est de 34.9 and (19-56ans) avec une prédominance masculine (18/2). Sur le plan Clinique. L'ictère fébrile est présent chez tous les patients. Le syndrome hémorragique est noté dans 70% des cas, dominé par une hématurie macroscopique dans 60% des cas. L'hépatomégalie est retrouvée dans 20% des cas et la splénomégalie dans 5% des cas. L'oligurie est présente chez 40% des patients. Sur le plan biologique, tous les patients avaient une insuffisance rénale avec une créatininémie moyenne de 720 \pm 431 μ mol/L. La protéinurie est présente dans 20% des cas. La pénicilline G a été prescrite chez tous les patients. Le recours à la dialyse a été nécessaire chez 8 patients. Dans notre série, 11 patients ont retrouvé une fonction rénale normale au bout de 15 jours en moyenne, 6 ont amélioré partiellement leur fonction rénale et 2 ont évolué vers l'insuffisance rénale chronique terminale. Un seul cas de décès secondaire à une septicémie a été noté dans notre série.

Conclusion: La leptospirose avec insuffisance rénale est une maladie sévère et peut être mauvais pronostic. Si le traitement est tardif, l'évolution peut se faire vers la fibrose interstitielle et l'atrophie tubulaire avec mise en hémodialyse chronique.

C 25

TRADUCTION ET ADAPTATION TRANSCULTURELLE EN DIALECTAL MAROCAIN DU KDQOL COMME OUTIL DE MESURE DE LA QUALITE DE VIE CHEZ LES INSUFFISANTS RENNAUX CHRONIQUES SOUS TRAITEMENT DE SUPPLEMENTATION

B. Bouidida, H. Rhou, F. Ezaitouni, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, L. Behamar

Néphrologie, dialyse et Transplantation Rénale, CHU Ibn Sina Rabat, Maroc

Introduction: L'évaluation de la qualité de vie est une nouvelle approche du malade en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Le but de ce travail est traduire et adapter à la culture marocaine un outil de mesure de la qualité de vie chez le patient en IRCT (le KDQOL), afin de comparer la qualité de vie dans 3 groupes de patients traités de techniques de supplémentation différentes.

Méthodes: Etude transversale incluant 65 patients en HD, 21 en DP et 24 TR, ayant au moins un suivi de mois. La qualité de vie est évaluée par un questionnaire spécifique de la maladie rénale traduit en arabe dialectal: KDQOL-SF 1.3. La recherche des facteurs prédictifs de qualité de vie est réalisée par analyse uni et multi variée. L'ajustement de la qualité de vie par rapport à ces facteurs est réalisé par le modèle linéaire général uni variée.

Résultats: Après traduction du KDQOL-SF 1.3, des problèmes d'adaptation culturelle, concernant essentiellement les items les rapportant aux fonctions cognitive ou sexuelles, ont été notés. L'âge moyen de nos patients est de 42.8 \pm 14.6 ans avec un sexe ratio

de 1.2. En analyse multivariée, l'âge élevé, le sexe féminin, le nombre élevé de comorbidités sont de facteurs prédictifs de mauvaise qualité. De vie avant ajustement est significativement meilleur en TR ($p=0.0001$). Après ajustement, ce score est comparable dans les 3 populations ($p = 0.236$).

Conclusion: La supériorité de la TR dans certains domaines de qualité de vie est un argument supplémentaire pour la promotion de la TR dans notre pays.

C 26

GROSSESSE APRES TRANSPLANTATION RENALE

Sabri S, Berkchi FZ, Hadj Sadek B, Bekkaoui S, Benhim FZ, Ouzeddoune N, Ezzaitouni F, Benamer F, Rahou H, Bayahia R
Service de Néphrologie, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction : le but de ce travail est de rapporter notre expérience concernant la survie chez des patientes transplantées rénales, son déroulement, son retentissement sur le griffon à moyen et à long terme, ainsi que les complications materno-foetales induites par celle-ci.

Patients et Méthodes: Dix patientes transplantées rénales ont été suivies pendant leurs 17 grossesses et jusqu'à trois ans après. Nous avons étudiées les différentes caractéristiques cliniques avant et pendant la grossesse ainsi que le retentissement de celle-ci sur le griffon rénal à moyen et à long terme, nous avons analysé les données obstétricales et l'état des nouveaux nés à la naissance.

Résultats: la moyenne d'âge des patientes était de 28.5 ± 9 ans (23-34) avec un intervalle moyen la greffe rénale et la grossesse de 39.7 ± 27.3 mois (3-89 mois). Le terme moyen d'accouchement était de 38.4 ± 1.5 semaine d'aménorrhée. Un accouchement prématuré a été observé dans 12.5% des cas, une mort utéro dans 2 cas, et un avortement dans un cas. Le nombre d'enfants vivants est de 14, avec un poids de naissance inférieur à 2500g dans 15% des cas. L'hypertension artérielle était présente dans 47% des cas, la protéinurie dans 2 cas, l'infection urinaire dans 29% des cas, et n'a pas note de prééclampsie ni de diabète. L'anémie était présente chez toutes les patientes durant la grossesse. Aucun rejet aigu n'a été observé. Par contre on a noté deux cas de dysfonction chronique du griffon, sans retour en dialyse.

Discussion et conclusion: La grossesse chez la femme transplantée rénale est une grossesse à haut risque nécessitant une prise en charge multidisciplinaire vu le risque accru de complications materno-foetales. Elle doit être planifiée à l'avance, et il convient de bien évaluer tous les paramètres avant de répondre favorablement à une demande de grossesse, ce qui permettra d'optimiser son issue et d'en minimiser les complications.

C 27

SYNDROME DU CANAL CARPIEN CHEZ L'HEMODIALYSE CHRONIQUE

Sabri Siham, Berkchi FZ, Elhousini S, Bekkaoui S, Benhima FZ, Ouzeddoune N, Ezzaitouni F, Benamer L, Bayahia R. Service de Néphrologie, GHU Ibn Sina, Rabat

Introduction: Les syndrome du canal carpien (SCC) est une complication fréquente chez l'hémodialyse chronique (HDC). Il est secondaire à sa traversée du canal carpien. But du travail: Analyser les particularités cliniques et pronostiques du SCC chez HDC.

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective réalisée dans notre centre de dialyse de Janvier 1984 à Juillet 2010, incluant 60 HDC avec un suivi moyen de 21.3 ± 4.8 ans (15-28ans). Nous avons relevé les caractéristiques démographiques, cliniques et électrophysiologiques ainsi que la prise charge thérapeutique.

Résultats: Nous avons colligé 16 cas de SCC chez 9 patients (15%). Il s'agit de 5 hommes et 4 femmes (sex ratio = 1.25), don't l'âge moyen était de 50 ± 6 an (40-59 ans). La durée de dialyse avant l'intervention était de 17 ± 2.9 ans (13 -22 ans). Tous les patients ont présentés des acroparesthésies avec hypoesthésia au niveau du territoire du nerf médian, prédominant la nuit et au cours des séances de dialyse. L'atteinte était bilatérale dans 2 cas. Nous avons note 10 cas de SCC du cote de la fistule artério-veineuse (FAV). Tous les patients ont bénéficié d'un électromyogramme (EMG), confirmant le diagnostic du SCC, avec des formes moyennes à sévères. Le traitement chirurgical consistait en la libération du retinaculum des flexisseurs. L'évolution a été marquée par la disparition des signes cliniques chez tous les patients, cependant nous avons note 5 récurrences, qui ont nécessité une réintervention avec évolution favorable.

Discussion: La prévalence du SCC chez l'HDC est de 9 à 32%, elle augmente avec l'ancienneté en dialyse (à partir de la 5ème année), le tableau clinique est celui d'une forme sévère. Le mécanisme physiopathologique est triple: vol vasculaire en rapport avec la FAV, névrite urémique et dépôts amyloïdes de la synoviale.

Conclusion: Le SCC est une pathologie invalidante chez l'HDC, nécessitant un dépistage précoce par la pratique d'un EMG de dépistage systématique à partir de la 5ème année de dialyse afin d'en améliorer le pronostic.

C 28

REPONSE AUVACCIN CONTRE L'HEPATITE B CHEZ LE DIALYSE PERITONEAL

S. Bekkaoui, B Boudida, FZ. Benhima, S. Benassila, H. Rhou, F. Ezzaitouni, N. Ouzeddoune, R. Bayahia, L. Benamer

Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale, CHU Ibn Sina, Rabat, MAROC

Introduction: Le patient dialyse péritonéale (DP) présente un déficit immunitaire relatif à l'état d'urémie chronique entraînant une faible réponse à la vaccination contre le virus l'hépatite B (VHB). Le but de notre étude est de déterminer le taux de réponse de nos patients DP au vaccin du VHB, les facteurs déterminants cette réponse ainsi que la durée de protection par l'anticorps anti-HBs (AcHBs).

Matériels et Méthodes: Etude rétrospective menée en Octobre 2010, au niveau de l'unité de dialyse péritonéale, portant sur 37 patients DP. Ont été inclus, tous les patients qui ont reçus une vaccination à base de trois doses espacées d'un mois d'intervalle. Nous avons à titre le taux d'AcHBs au 6ème mois, puis nous l'avons surveillé tous les 6 mois. Nous avons défini une immunitaire par un taux d'AcHBs supérieur à IOUI/L. Pour soulever les facteurs qui déterminent cette réponse immunitaire, Nous avons étudié les paramètres épidémiologiques (âge, le sexe, l'antécédent de tabagisme, de

transfusion, de diabète), les paramètres cliniques (indice de la masse corporelle, signes d'anémie et de dénutrition), les paramètres hématologiques (le taux d'hémoglobine, l'utilisation d'érythropoïétine), les paramètres de nutrition (taux d'albuminémie, taux de transferrinémie, taux d'd HDL cholestérol) et de l'adéquation de la dialyse par la mesure du Kt/V de l'urée et la clairance hebdomadaire de la créatinine.

Résultats: nous avons inclus 20 patients. L'âge moyen de nos patients est de 48.38 ± 18 ans. Le sex ratio H/F de 1.85. Tous nos malades sont sous dialyse péritonéale continue ambulatoire. La durée de suivi est de 2287 ± 15 mois. Le taux de réponse est de 65%. En analyse univariée, le diabète ($p=0.01$), le tabagisme ($p=0.02$), l'antécédent transfusionnel ($p=0.02$) constituent des facteurs de risque de non réponse au vaccin contre le VHB. La surveillance de l'AcHBs a montré une durée de protection (taux d'AcHBs supérieur à IOUI/L) à ne année à 60%.

Discussion / Conclusion : dans notre étude, le taux de réponse au vaccin le VHB rejoint celui rapporté dans la littérature (32-80%). Plusieurs facteurs sont soulevés comme des facteurs associés à une baisse de cette réponse. Nous avons retenu le diabète, le tabac et l'antécédent de transfusion. Ces deux derniers facteurs sont évitables. Cependant, la vaccination de tout patient souffrant d'une maladie rénale chronique avant le stade de dialyse est impérative, car elle est le seul garant d'une bonne réponse immunitaire.

C 29

COMPLICATIONS NON INFECTIEUSES DES CATHETERS DE DIALYSE PERITONEALE AU SEIN DE L'UNITE DE DIALYSE PERITONEALE, CHU IBN SINA DE RABAT

S. Bekkaoui, B Boudida, FZ. Benhima, S. Benassila, H. Rhou, F. Ezzaitouni, N. Ouzeddoune, R. Bayahia, L. Benamer

Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale, CHU Ibn Sina, Rabat, MAROC

Introduction: les Complications non infectieuses (CNI) des catheters de dialyse péritonéale (KT de DP) sont fréquentes. Le but de notre travail est de déterminer la prévalence de ces complications, d'en ressortir celles les plus fréquentes et de soulever les facteurs associés.

Matériels et Méthodes: il s'agit d'une étude rétrospective, menée en Novembre 2010, portant sur 35 patients dialysés péritonéaux. Nous avons inclut tous les patients qui ont présenté au cours de leur suivi depuis l'ouverture de l'unité de DP en juin 2006, une (ou plusieurs) CNI liée au KT de DP à savoir l'hémorragie du site d'urgence, la fuite, l'obstruction (par aspiration épiloïque ou par la fibrine), la migration, la fissuration ou la perforation l'exteriorisation du cuff superficiel, l'hernie peri KT et la perforation viscérale.

Résultats: Depuis l'ouverture de l'unité de DP en juin 2006, 45 KT ont été insérés, chez 37 patients. Nous avons recensé 25 CNI, ce qui correspond à une prévalence de 55%. Parmi ces complications, 36% (9cas) sont représentées par les déplacements, qui sont favorisés par une constipation dans sept cas et une diarrhée dans deux cas. Dans 7 cas, le KT de DP retrouve sa situation normale sous un traitement à base de laxative, les deux autres cas, ont nécessité la Coloscopie pour la repose du KT. Les obstructions viennent en deuxième position avec 5 cas (20%), elle sont causées par de dépôts de fibrines dans 4 cas ayant bien évolué sous héparine en intra-péritonéale, et par une aspiration épiloïque dans un cas ayant nécessité l'intervention chirurgicale. La troisième complication est représentée par le saignement post opératoire (16%) avec 4 cas dont il est compliqué d'un hématome drainé. Les fuites du dialysat au niveau du site d'urgence qui sont favorisées par le début précoce des échanges (3 journée en moyenne) viennent en 4ème rang par 3 cas (12%), elles sont traitées par l'arrêt temporaire des échanges (4jours en moyenne). La dernière position est occupée par l'hernie peri KT et la perforation du KT avec 2cas (8%) chacune. L'hernie peri KT est secondaire à l'hyperpression intra-péritonéale, la réduction chirurgicale est prévue. Les deux cas de perforation du KT sont causés accidentellement par l'utilisation du ciseau, ils sont traités par le court-circuit de la perforation. L'évolution de toutes ces CNI est bonne. Par ailleurs, nous n'avons pas enregistré de cas de perforation viscérale ni d'exteriorisation du cuff superficiel.

Discussion / Conclusion: les CNI des KT de DP sont fréquentes. Elles doivent être dépistées précocement pour ne pas retentir sur la dose de la dialyses. Le maintien d'un transit intestinal normal, le respect d'un délai de 3 semaines avant le début des échanges, l'adaptation des volumes des échanges en fonction de la pression intra-péritonéale peuvent prévenir ces différentes CNI.

C 30

PERCEPTION DU DON DE REIN AU SENEGAL ET POTENTIELS DONNEURS

Remission complète après rechute d'un délai moyen de 6 mois dans 2 cas. La remission partielle (protéinurie $<2g/24h$) était observé dans 13% des cas (2 cas). L'IRCT, due à une mauvaise observance du traitement, était noté dans 1 cas (7%) ayant initialement 3 facteurs de mauvais pronostic y compris une insuffisance rénale initiale.

Conclusion: L'association de la CsA et les corticoïdes favorisent la remission complète, un traitement prolongé peut être utile dans le maintien de cette remission.

C 32

LA SURVIE FONCTIONNELLE DE LA PREMIERE FISTULE ARTERIO VEINEUSE NATIVE CHEZ LE HEMODIALYSES CHRONIQUES

Badji. F (1), Mbourou E.A (1), Rhair A (1) Bassarour M (1) Elkhaya S (1) Zamd M (1) Maddouri G(1)

Benghanem M(1), Hachim K (1) Ramdani B(1) Serheir Z (2)

(1) Service de néphrologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction : La qualité de vie en hémodialyse dépend d'une dialyse adéquate par un bon accès vasculaire. Les fistules artério-veineuses (FAV) représentent l'abord de choix pour les hémodialyses chroniques (HDC). Le dépistage des complications des FAV permet de préserver le lit vasculaire; Le but de ce travail est d'estimer la survie de la première FAV native et de déterminer les facteurs de mauvais pronostic de la survie de la FAV.

Patient et Méthodes: Etude rétrospective incluant 152 (ont été exclus 7 patients qui

avaient thrombosé leur FAV en postopératoire immédiate). Nous avons analysé les caractéristiques de FAV: site anatomique, délais de ponction, survie de la FAV et ses complications, ainsi que le donné démographique, clinique et biologique. Afin de ressortir les facteurs de risque prédictifs de mauvaises survies de la FAV, nous avons défini 2 groupes de patients selon la perte ou non de la FAV durant l'évolution, GI ayant conservé la 1^{ère} FAV, et G2 ayant perdu la 1^{ère} FAV.

Résultats: L'âge moyen de nos patients était de 44, 66 ans, le délai moyen de ponction de la FAV était de 30.19 ± 23 jours. Parmi les 152 patients, 93 (61.2%) avaient perdue et ont bénéficiés d'une nouvelle FAV. Chez les 152 patients, la survie de la FAV était de 93.4%; 78.3%; 60.5%; 37.5% et 30% après 1, 2, 3, 5, 8, 10 et 15 ans respectivement. L'analyse comparative entre les deux groupes de patients, trouve que la durée de portage prolongé des catheters veineux jugulaires avant la confection de la FAV ($p=0.004$), le siège au niveau de membre dominant ($p=0.034$), les épisodes d'hypotension intra dialytique ($p=0.008$) et le délai court de ponction de la fistule ($p=0.001$) sont les facteurs affectant la survie de la FAV dans notre population. La complication la plus commune de la 1^{ère} FAV était la thrombose (29%), l'anévrysme (4%), la sténose (2.6%) et l'infection (2%).

Conclusion: La survie de la 1^{ère} FAV native était satisfaisante dans notre centre. Elle est influencée par la longue durée de portage du catheter jugulaire et l'hypotension intra dialytique et le délai court de la 1^{ère} ponction. Le dépistage précoce et la prévention de complications de la FAV permettent de préserver le site anatomique.

C 33

BONNES PRATIQUES D'HYGIENE EN HEMODIALYSE: ÉVALUATION DES PRATIQUES AU COURS DE LA SÉANCE D'HEMODIALYSE SUR FISTULE.

Mbourou A, Badii F, Amellal R, EL Khayat S, Zamd M, Medkouri G, Benghanem M, Hachim K, Ramdani B Service de Néphrologie, Hémodialyse et Transplantation Rénale, CHU Ibn Rochd, Casablanca

BP : 2000 Casablanca

INTRODUCTION: Le respect des précautions standards à toutes les étapes d'une séance d'hémodialyse permet la prévention de la transmission des agents infectieux.

But du travail : Evaluer les pratiques de IDE lors d'une séance standard selon le modèle élaboré par le groupe de travail de la société française d'hygiène hospitalière (SFHH) et proposer des mesures pour améliorer les pratiques professionnelles ayant un impact sur le risque infectieux.

MATERIELS ET METHODES: L'évaluation des pratiques pendant 100 séances d'hémodialyse par 8 IDE, selon le protocole de la SFHH est destiné à donner des indications.

RESULTATS: À l'accueil: Dans 94.28% des cas Les patients on une tenue leur permettant de dégager la fistule.

Préparation et installation du patient: Les principaux paramètres sont consignés dans le cahier de dialyse dans 100% des cas. Les patients nettoient et désinfectent l'abord vasculaire dans 85.71% des cas. Préparation de l'IDE avant le branchement: Le lavage hygiénique des mains est réalisé dans 61.43% et le port de gants stériles dans 72.85%.

Déroulement du geste de branchement et d'amorçage : Les IDE mettent des gants non stériles (80%) pour nettoyer les surfaces avec désinfectant / détergent dans 74.29% des cas.

Phase de débranchement et restitution; l'IDE effectue un lavage simple des mains ou une friction avec un SHA dans 80% des cas et revet des gants non stériles dans 88.57% des cas. Après déconnections, les tubulures sont démontées et évacuées immédiatement dans la poubelle dans 100% des cas. L'IDE revet les gants stériles dans 71.42% des cas, Les aiguilles de dialyse sont éliminées dans un conteneur dans 67.15%. La compression est effectuée par l'IDE dans 72.85% des cas, et par le patient dans 54.29% des cas. Le bras du patient est nettoyé dans 38.58% des cas. Un pansement stérile est mis en place dans 100% des cas.

CONCLUSION: Cet audit réalisé au centre de dialyse Ibn Rochd, révèle un manquement dans des cas, aux règles d'hygiène de base (lavage des mains, port des gants) exposants au risque d'infection manu portée et d'infection croisée. Ce travail qui ne concerne qu'une infime partie de l'hygiène autour du dialyse nous fait prendre conscience qu'il apparaît urgent de réaliser un audit des pratiques d'hygiène dans l'environnement de notre patient dialysé.

C 34

PREVALENCE DE L'OSTEODYSTROPHIE RENALE CHEZ LES HEMODIALYSES CHRONIQUES AU SERVICE DE NEPHROLOGIE DE L'HALD

CISSE M, KA E F, FAYE M, SECK S M, GUEYE S, TALL M, Niang a, Diouf B Service de Néphrologie H.A. Le Dantec Dakar

Introduction: L'ostéodystrophie rénale (ODR) est une pathologie fréquente chez les patients hémodialysés. Malgré l'incidence croissante des patients en hémodialyse, les données sur l'ODR sont rares. L'objectif de ce travail est de décrire les aspects Cliniques, paracliniques et évolutifs de l'ODR chez les hémodialysés.

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus les patients hémodialysés chroniques à HALD entre février 1988 et mars 2008. Les données cliniques, paracliniques et évolutives ainsi les paramètres de dialyse ont été recueillis à l'aide des dossiers médicaux. L'analyse statistique était faite sur Epi info.

Résultats: Sur 65 patients 57 avaient été inclus soit une prévalence de l'ODR dans notre série était de 77%. L'âge moyen était de 48.3 ans (20-70 ans) et le sexe-ratio H/F de 1.35. La durée moyenne des patients en dialyse était de 45 mois (04-180 mois). L'hyperparathyroïdisme secondaire (70.17%) était la forme prédominante suivie de l'ostéopathie adynamique (28.08%) et de l'ostéomalacie (1.75%). Les principales manifestations les douleurs osseuses (17.5%), le prurit (36.8%) et la neuropathie périphérique (21%). Quatorze patients avaient un taux de PTHi moyen supérieur à 300 ng/l. La prise en charge de l'HPHS a consisté à l'optimisation des paramètres de dialyse (100% des patients), les sels de calcium (65%), le sevelamer (04%), et le 1-alpha-calcidol (75%) tandis que le traitement de l'OA et de l'OM reposait sur les sels de calcium (50% of patients), le 1-alpha-calcidol (35%) et les analogues de la vitamine D (02%). Trois patients atteints d'HPHS ont eu une parathyroïdectomie. L'évolution était favorable

dans la majorité des cas mais les valeurs cible de calcémie, phosphorémie et étaient atteints chez un tiers des patients. Trois décès de causes cardio-vasculaires étaient notés.

Conclusion: L'ostéodystrophie rénale est une pathologie fréquente chez les hémodialysés au Sénégal et est dominée par l'GPTS. Les manifestations cliniques sont peu spécifiques et le traitement optimal repose sur une dialyse plus adéquate.

Mots clés: ostéodystrophie rénale hémodialysée.

C 35

NEPHROPATHIES CHEZ LE DIABETIQUE: KA E FI, CISSE M MI, GUEYE SI, DIAGNE N2, SECK S MI, TAOUIK TI, BA SI, NIANGA AI, DIOUF BI

I Service de Néphrologie, CHU. A. Le Dantec, Dakar, 2 Service de médecine interne, CHU A.A Le Dante, Dakar

Objectifs : Le but était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs de la néphropathie diabétique.

Méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective ayant porté sur 198 cas d'atteinte rénale chez les diabétiques diagnostiqués et suivis de janvier 2003 à Décembre 2009.

Résultats: La prévalence de la néphropathie diabétique (ND) était de 7.6% dont 90.4% étaient des diabétiques de type 2. L'âge moyen était de 59 ans avec un sex-ratio de 1.04.

La ND survenait dans un délai inférieur à 10 ans chez 56.4% des patients DNID et entre 10 et 20 ans chez 42.1% des DID. L'HTA était retrouvée dans 90.1% des cas. Cette HTA touchait 92.7% des DNID et entre 10 et 20 ans chez 42.1% des DID. L'HTA était retrouvée dans 90.1% des cas. Cette HTA touchait 92.7% des DNID et 73.7% des DID. La pression artérielle moyenne était de 163/91 mmHg chez les diabétiques de type 2 et de 157/91 mmHg chez ceux de type 1. Une microalbuminurie était notée chez 8.1% une protéinurie non néphrotique chez 30.4% et néphrotique chez 17.2% de nos patients. L'IRC était retrouvée dans 80.3% des cas au début de la prise en charge dont 35.4% à la phase terminale. La prévalence de l'anémie était de 55.6%. Cette anémie était normochrome normocytaire dans 73.6%. La bilan lipidique avait retrouvé une hypercholestérolémie totale dans 15.6% et une hypertriglycéridémie dans 6.6% des cas. La retinopathie diabétique était prescrite chez 88.4% patients.

Le traitement antihypertenseur était prescrit chez 88.4% des patients, soit en mono-, bi-, tri-voire quadrithérapie avec respectivement 17.1%, 40%, 34.3% et 8.6%. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les diurétiques étaient les plus utilisés, respectivement 88% et 72%.

Conclusion: La majorité de nos patients avaient une insuffisance rénale à la première consultation, témoignant de la référence tardive des diabétiques aux néphrologues compliquant ainsi leur prise en charge. Le dépistage précoce permettrait d'assurer une bonne néphroprotection.

Mots-clés: Diabète – hypertension artérielle – Bloqueurs du système rénine angiotensine insuffisance rénale.

C 36

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES HEPATITES B ET C CHEZ LE HEMODIALYSES CHRONIQUES AU SENEGAL.

KA E FI, CISSE M MI, GUEYE SI, DIAGNE N2, SECK S MI, TAOUIK TI, BA SI, NIANGA AI, DIOUF BI

I : Service de Néphrologie CHU A, le Dantec, Dakar, 2 : Service de Gastroentérologie CHU. A Le Dantec Dakar

Objectifs de l'étude : Ce travail a pour but d'évaluer la prévalence des hépatites virales B et C et d'identifier les facteurs de risque chez les hémodialysés dans l'unité d'hémodialyse de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.

Matériels et Méthodes: Il s'agit d'une étude transversale effectuée entre le 1er et le 31 août 2008 dans notre centre. Ont été inclus les patients en insuffisance rénale chronique régulièrement hémodialysés depuis au moins trois mois et qui ont bénéficiés des sérologies des hépatites B ou C. Nous avons recueilli pour chaque patient les données épidémiologiques, cliniques, les antécédents transfusionnels et le statut sérologique actuel. L'analyse statistique des données a été faite sur le logiciel Epi info 6.

Résultats: Sur 32 patients, trois ont été exclus et 29 malades retenus. Sur les 29 patients inclus dans l'étude, trois n'avaient pas fait leurs sérologies de l'hépatite C. L'âge moyen de patient était de 50.4 ans (21 à 70 ans) avec un 62.1% de femmes. Les plus fréquentes causes de néphropathies étaient la néphroangiosclérose (44.8%) le diabète (13.8%) et les glomérulonephrites chroniques primitives (13.8%). La durée moyenne de patients en hémodialyse était de 60.4 mois (10 à 330 mois). Les prévalences respectives de l'hépatite B et C étaient de 3.4% et 19.2%. Seuls patients avaient des taux d'anticorps anti-HBs protecteurs. La majorité des patients (89.7%) ont été transfusés au moins une fois en dialyse. Les autres actes invasifs notés chez nos patients étaient la chirurgie (37.9% des cas), l'endoscopie digestive (24.1% des cas) et les soins dentaires (17.2% des cas). La durée en hémodialyse représentait le principal facteur associée à survenue d'une hépatite virale. Cependant, d'autres facteurs comme l'âge, le sexe, l'état nutritionnel ou le nombre de transfusion sanguine n'étaient significativement corrélés au risque d'infection virale B ou C.

Conclusion: La prévalence de hépatites virales a considérablement baissé lors des dix dernières années. Ceci est surtout lié à l'amélioration de la sécurité transfusionnelle et une plus grande couverture vaccinale. Un renforcement des mesures préventives est toujours nécessaire pour réduire au minimum le risque de transmission nosocomiale.

C 37

COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES CHEZ LES HEMODIALYSES CHRONIQUES DE DAKAR, KA E FI, AMRRAOUI R, CISSE MM, SECK S M, BA S, GUEYE S, FAYE M, BA SI, NIANGA AI, DIOUF BI

Service de Néphrologie H.A. Le Dantec Dakar

INTRODUCTION: Les complications cardiovasculaires constituent la principale cause de morbidité et de mortalité chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique de manière générale et les hémodialysés en particuliers. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la prévalence des différentes complications cardio-

vasculaires ainsi que le principaux facteurs de risqué cardiovasculaire dans deux unites d'hémodialyse à Dakar (Hôpital Aristide Le Danted (HALD) et le Centre Polyvalent de Diagnostic et de Traitement (CPDT)).

PATIENTS ET METHODES: Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique sur une période de 4 ans (octobre 2005 au 31 September 2009). Les hémodialysés depuis 6 mois au moins eu des explorations cardiovasculaires (radiographie du thorax, électrocardiogramme, échographie cardiaque).

RESULTATS: Trente huit patients on étaient inclus. L'âge moyen de 52 ans ± 12.85 avec un sexe ratio de 1.53. Sur le plan la dyspnée était retrouvée dans 73.68% suivies respectivement de l'HTA des palpitations et des douleurs angineuses dans respectivement 71.05%, 55.26% et 47.37%. L'insuffisance ventriculaire gauche était retrouvée dans 18.42% des cas et l'insuffisance cardiaque globale dans 7.89%. Sur le plan radiologique, les signes radiologiques Ja cardiomegalie était retrouvée dans 63.16% des cas avec un ICT moyen de 0.53 ± 0.06, l'hypertension veineuse pulmonaire dans 23.68% et l'hypertension artérielle pulmonaire dans 23.68% et l'hypertension artérielle pulmonaire dans 2.63%. Une hypertrophie ventriculaire gauche électrique était retrouvée dans 71.05% des cas, suivis des troubles de la repolarisation (34.21%) et des trouble de la conduction (15.79%). L'échocardiographie Doppler mettait en évidence un hypertrophie ventriculaire gauche chez 71 % des patients, une hypertrophie septale (10.52%). Une hypertrophie de la paroi postérieure (13.15%), une hypertrophie à la fois septale et de la paroi postérieure (28.94%). Les cavités cardiaques étaient dilatées dans 42.10% des cas, 10.52% avaient une altération de la fonction systolique et 7.89% une altération de la fonction diastolique. Les calcifications valvulaires étaient retrouvées dans 15.78% des cas dont 5.26% au niveau des valves mitrales et 10.52% aortiques et un cas de rétrécissement sur bioprothèse aortique. Les accidents vasculaires cérébraux ont été note dans 5.26% des cas et étaient dans tous les cas secondaires à une HTA mal contrôlée en hémodialyse. Un anevrysm de l'aorte abdominal (2.63%) a été retrouvé chez un seul patient. L'anémie et l'hypertension artérielle étaient correles de maniere significative PHVGG.

L'HVG est un facteur de risqué de survenue des troubles de la repolarisation dans notre série.

CONCLUSION: Nos résultants, ainsi que la revue de la littérature plaident en faveur d'une surveillance cardiovasculaire rapprochée et régulière de patients hémodialysés chroniques de diminuer la morbidité et la mortalité chez ces patients tant au stade predialytique qu'au stade d'hémodialyse.

C 38

QUALITE DE VIE DES PATIENTS EN HEMODIALYSE PERIODIQUE KA EF, CISSE MM, AHOUI S, GUEYE S, BA S, SECK SM, FAYE M, TALL AOL, NIANG A, DIOUF B

Service de Néphrologie. CHU A. Le Dantec, Dakar

Introduction: Depuis quelques années, la mesure de la qualité de vie (QDV) dans le domaine de la santé se généralise. Cette mesure de la qualité de vie permet de quantifier l'impact des maladies sur le vécu des patients. Nous avons ainsi mené cette étude qui afin d'évaluer la qualité de vie (QDV) des patients hémodialysés à Dakar, et d'identifier les facteurs influençant leur qualité de vie.

Patients et Méthodes: Il s'agit d'une étude transversal de 3 mois réalisée de Mai à Juillet 2008 dans deux centres d'hémodialyse. Ont été inclus tous les patients en insuffisance rénale chronique terminale âge de 18 ans et don't l'ancienneté en hémodialyse est supérieure à 3 mois, présentant un état Clinique stable, non hospitalize dans le dernier mois et ayant donne leur accord préalable. Les caractéristiques de la population de cette étude ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire comportant 28 items. La qualité de vie a été évaluée à l'aide du Kidney Disease Quality Of Life Short-Form version 1.2 (KDQoL-SF). Les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS 11.5 pour Windows.

Résultats: Soixante patients ont participé à notre enquête. L'âge moyen des patients était de 50.58 ans et la sex-ratio de 0.93. 66, 7% de nos patients étaient intruits et 33.3% étaient des analphabètes. Vingt et un patients avaient une profession (35%) ; vingt et un autres étaient sans profession (35%) et 18 étaient retraités (30%). Les mariés représentaient 76.7%; les célibataires 10%; les veufs 8.3% et les divorcés 5%. 96.7% vivaient en famille, 3.3% seuls. Cinquante et deux pour cent (52%) étaient autonomes, 11.7% des patients étaient tabagiques et 1.7% prenaient de l'alcool. Quatre vingt quinze pour cent avaient une bonne adhésion au traitement, 61.7% avaient assez de connaissance sur leur maladie, 60% trouvaient le support social assez satisfaisant. La durée moyenne en hémodialyse est de 31 mois. Cinquante et deux patients (86.7%) faisaient 2 séances d'hémodialyse par semaine, 5 patients (3.3%) trois (03) séances, 3 patients (4%) une (01) séance. Les comparaisons de la qualité de vie des patients hémodialysés et de la population à Dakar montrent que les scores moyens des différents domaines du SF-36 sont toujours inférieurs chez les patients hémodialysés. Les scores moyens des dimensions physique sont également inférieurs chez les hémodialysés avec une compasante physique plus altérée que psychique. L'étude montre que 90% de nos patients avaient une qualité de vie considérée comme altérée par rapport au seuil du SF-36 de la population à Dakar qui est de 70.86.

Conclusion: Les études qui s'intéressent à la qualité de vie des dialysés sont rare en Afrique subsaharienne. Celle ci nous permis de noter chez nos hémodialysés une altération surtout de la dimension santé physique.

C 39

DYSFONCTIONNEMENT ÉRECTILE CHEZ LES DIALYSÉS AU SÉNÉGAL

M. Dahaba, S.M Seck, M. Cisse, A. Niang, B Diouf. Service de Néphrologie CHU A Le Dantec, Dakar

Objectif: L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence de la DE et d'identifier les principaux facteurs étiologiques.

Patients et Méthode: Il s'agit d'une étude transversal portant sur les patients de sexe maculin, dialysés dans les différents centres du pays. La fonction erectile était évaluée par score de l'IIEF-5 qui est une version abrégée de l'IIEF déjà validée chez les hémodialysés. Le questionnaire a été traduit en français et au besoin en langue locale avant d'être administré au patient. Les données collectées ont été analysé avec

Stata R version 10.0. Le test de Mann-Withney (ou de Wilcoxon) a été utilisé pour la comparaison de patients avec et sans DE.

Résultats: Sur 70 patients enquêtés, 54 ont acceptés d'être inclus soit un taux de réponse de 77%. L'âge moyen était de 52 ans (20-80 ans) et 87% d'entre eux étaient mariés. La durée moyenne en dialyse était de 39.4 mois (extremes: 2-192 mois). Les néphropathies étaient dominées par l'hypertension (27.8%), le diabète (13%) et les causes indéterminées (44.4%). Pres de deux tiers des patients avaient une activité sexuelle satisfaisante avant de début de la dialyse. Une DE était présente chez 81.5% des patients alors que 77.8% gardait une libido intact. Chez 16.7% des patients la DE était sévère. Les principaux facteurs étiologiques retrouvés étaient la durée en dialyse, l'âge avancé et l'absence d'un traitement par EPO alors que le mode de dialyse, les prises médicamenteuses, la situation matrimoniale et la néphropathie causale n'étaient pas significativement associés à la survenue d'une DE. Quatre vingt pour cent des patients avec DE désiraient une consultation spécialisée.

Conclusion: Cette étude montre que la DE est une pathologie fréquente chez les dialysés au Sénégal et que son origine est multifactorielle d'où la nécessité d'un dépistage et d'une prise en charge multidisciplinaire.

C 40

BLOOD PRESSURE AND PULSE PRESSURE RELATIONSHIP WITH DEMOGRAPHICS AND KIDNEY FUNCTION IN ASHANTI, GHANA

Jacob Plange-Rhulel, 3, Debasish Banarjeel, Nihil Chitalial I, Kwabena Kumi 3, Sally R Kerry 2, Franco P Cappuccio 4, John B Eastwood 1

Departments of Renal Medicine and Transplantation 1, and Community Medicine 2, St Georges, Unirvesity of London, London SW17 ORE UK; Department of Medicine 3, Komfo Anokye Teaching Hospital, PO Box 134, Kumasi, Ghana ; Clinical Sciences Research Institute 4, University of Warwick, Coventry CV2 2DX UK

Introduction: Hypertension is a major risk facto for CVD, and in patients with CKD pulse pressure (PP) is better a predictor of CKD progression, CVK and mortality than systolic (BP) and (DBP) diastolic pressures. However the effect of PP, SBP and DBP on kidney function in a general population is unknown.

Methods: This cluster-randomised cross-sectional study of 944 age – and gender-matched individuals {355 men, 589 women ; aged 40-75} investigated the relationship of PP, SBP and DBP with kidney function in 12 communities in the Ejisu-Juabeng and Kumasi Ashanti Districts of Ghana. Data collected included demographic information, past and current drug treatment, height, weight, blood pressure and 24 hour creatinine clearance (average of 24 hours X2). Data was analysed using SPSS v 17. A two-sided p-value<0.05 is takend as statistically significant.

Results : Population characteristics : age 55 (11 [mean (SD)] years, females 62%, rural village-dwellers 52%, diabetes 15%, body mass index (BMI) 21 (4) kg² m², haemoglobin 12 (2) g² dl, cholesterol 147 (39) mg/dl, 24hour CrCl 84(23)ml/min/1.73m². 28.7% of the population were hypertensive [BP>140/90mmHg] and while SBP and DBP were not high [125/74 (26/14) mmHg], PP was raised at 51 (17) mmHg. PP increased with age by 0.55 (0.64) mmHg/year and with cholesterol by 0.08 (0.05 to 0.10) mmHg/mg/dl. SBP also increased with age by 0.66 (0.51 to 0.80) mmHg/year and with cholesterol by 0.08 (0.05 to 0.10) mmHg/mg/dl. PP was higher (53 (17) v 49 (15) mmHg; p, 0.001) in the semi-urban participants while GFR showed little difference [85 (24) v 83 (21) [semi-urban v rural] ml/min/1.73m²]. GFR decreased both with increasing PP [-0.19 (-0.27 to -0.10) ml/min/1.73m²/mmHg] and with increasing SBP [-0.09 (-0.14 to to 0.03) ml/min/ 1.73m²/mmHg] but there was no significant correlation with DBP [-0.04 (-0.15 to 0.06)]. After adjusting for SBP the relationship between GFR and PP became steeper [-0.31 (-0.50 to -0.12) ml/min/1.73m²/mmHg] while GFR increased as SBP increased after adjusting for PP but the relationship was not significant [0.9 (-0.03 to 0.21) ml/min/1.73m²/mmHg]. GFR decreased with age [-0.77(-.89 to -0.65) ml/min/1.73m²/year] and increased with BMI [0.78 (0.44 to 1.11)] and was higher in females [85 (23); p=0.051]. GFR was not associated with either cholesterol or history of diabetes. Using multivariate regression analysis that included PP, age, gender, BMI, only increasing age [-0.75 (-0.88 to -0.62) and decreasing BMI [0.17 to 0.82) were associated with decreased kidney function.

Conclusions: In the present study PP performed slightly better than than SBP, and both were highly correlated with GFR, unlike DBP which showed no significant relationship. PP showed a stronger relationship to decreasing kidney function than did SBP. We have found age to be a significant confounder of the impact of blood pressure parameter on GFR.

This is first population study showing gender and demographic differences in blood pressure parameters in a homogeneous West African population. We have demonstrated that PP has a better relationship with declining renal function than either SBP or DBP.

C 41

ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES DU SYNDROME NEPHROTIQUE (SN)

DANS LE SERVICE DE NEPHROLOGIE ET D'HEMODIALYSE DU CHU DU POINT G-BAMAKO FONGORO S, DIALLO D, SOUMARE I, MAIGA S, DJIGUIBA K, TANGARA M, MAIGA MK. Service de Néphrologie du CHU du Point G, Bamako

Objectif: Décrire les aspects cliniques et histologiques du syndrome néphrotique au Mali.

Patients et Methode: Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant du ler jui 1990 au 30 juin 2004. Ont été inclus tous les patients présentant un SN pu (proteinurie >3g/24h, albuminémie <30g/l, protidémie <60g/l, absence d'hématurie microscopique, d'insuffisance rénale organique, et d'HTA) ou impur ayant bénéficie d'une biopsie rénale ou de la muqueuse rectale et d'une suivi biologique et Clinique. Les données ont été le Khi 2 avec p<0.5.

Résultats: Dix homes et six femmes ont été de 32.5 ± 11.67 ans. La protéinurie massive (>3g/24h), l'hypo-protidémie, l'hypo-albuminémie et l'atetation de la fonction rénale étaient par ordre de fréquence : HSF (8 cas) l'amylose (4 cas) la LGM (2 cas), la GEM (1 cas) et la néphrite interstitielle (1 cas). L'évolution fut marquée par la survenue d'une IRC chez 37.5% des patients.

Conclusion: La référence précoce en milieu spécialisé et le diagnostic histologique sont indispensables pour une meilleure prise du SN au Mali.

Mots clés : SN, PBR, biopsie muqueuse rectale, histologie.

C 42

DEVENIR DES FISTULES ARTERIO-VEINEUSES POUR HEMODIALYSE AU CHU DE DAKAR

Dieng PA, Diarra O, Ciss G, Ba PS, Ndiaye A, Fall Mb, Gaye M Diatta S, Kane O, Beye SA, Diouf B, Ndiaye M. Service de Chirurgie Cardiovasculaire et Thoracique, CHU national de FANN, Dakar, SENEGAL. Service de Néphrologie, CHU A, le Dantec, Dakar, Sénégal

Introduction: La confection d'une fistule artério-veineuse (FAV) facilite l'hémodialyse chronique, mais pose le problème de sa survie à long terme du fait des complications évolutives.

Objectif: évaluer le devenir précoce et l'efficacité des FAV pour hémodialyse.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective entre janvier 1997 et octobre 2006, 112 patients d'âge moyen de 51 ans (16-80) avec un sex-ratio de 1.54 ont bénéficié d'une FAV pour hémodialyse chronique. Ils étaient tous en insuffisance rénale chronique terminale, et 84% d'entre eux étaient déjà en dialyse sur cathéter alors que 3.6% étaient en dialyse péritonéale. La FAV au poignet sous anesthésie locale était notre préférence si le réseau veineux le permettait.

Résultats: Les complications précoces étaient la thrombose précoce, retrouvée 13 fois (11.6%), les hémorragies chez 4 patients (3.6%) et l'infection 4 patients (3.6%). A moyen terme les complications retrouvées étaient les thromboses secondaires, 14 cas (12.5%) un cas d'anévrisme. Plusieurs réinterventions avaient été notées pour restaurer la fonctionnalité des FAV. Dont 25 nouvelles fistules refaites au poignet (22.32%), 8 au coude (9%), 4 reprises pour hémostase, et 3 (ligatures) de FAV opératoire était nulle. Une mortalité de 28.6% (32 patients) a été notée après UN recul moyen de 3.5 ans. Sans réintervention, 48% avaient de FAV fonctionnelles et 52% des FAV fonctionnelles après réintervention. Seuls 3 patients ont pu bénéficier d'une greffe rénale à l'étranger.

Conclusion: Du fait de l'absence de la transplantation rénale dans notre pays, la dialyse constitue la seule alternative; si tant est qu'elle soit accessible. La gestion des complications des FAV et la nécessité de préserver le capital vasculaire commande une coordination multi disciplinaire de la prise en charge.

Mots-clés : Fistule artério-veineuse, hémodialyse : complication;

C 43

ASPECTS CLINIQUES, ELECTROCARDIOGRAPHIQUES ET ECHOCARDIOGRAPHIQUES DE LUTTEURS SENEGALAIS SARR SA, NDIAYE MB, BODIAN M, DIAO M, KANE Ad, DIA MM, DIOUM M, AW F, TABANE A, MINGOU JS, KHARCHI MI, SARR M, KANE A, SA SA Service de cardiologie, CHU A, Le Dantec, Dakar

Introduction: La lute, sport national au Sénégal, est l'objet d'un engouement très important. En effet, pour l'année 2009-2010 un nombre moyen de 4000 licenciés a été enregistré. Toutefois il existe un manque crucial d'encadrement de luteurs sur le plan de leur santé. De même plusieurs cas de mort subite ont été rapportés. C'est ainsi qu'a été réalisée cette étude dans le cadre de la visite annuelle requise par le comité national de gestion de la lute.

Objectifs: Les objectifs étaient de déterminer les aspects cliniques, électrocardiographiques et échocardiographiques de luteurs.

Méthodologie: Les données ont été recueillies grâce à une fiche pré-établie. L'interrogatoire, l'examen physique, l'électrocardiographie et l'échocardiographie Doppler étaient systématiques.

Résultats: Le nombre de fiches retenues était de 315. L'âge moyen retrouvé était de 25.2 années (17 à 36 ans); 79% pratiquait la lute avec frappe. Le tabagisme et l'ethylysme étaient retrouvés respectivement dans 3.2% et 1.7% des cas. Ils s'entraînaient en moyenne 20.6 heures par semaine (10 à 36 heures). Des palpitations étaient retrouvées dans 6.1% des cas; une dyspnée d'effort et une douleur thoracique respectivement dans 0.3%. L'indice de masse corporelle était en moyenne de 26kg/m² (19 à 38 kg/m²). Une hypertension artérielle était notée dans 43.1% des cas. A l'électrocardiographie, le rythme était sinusal dans 99.3% des cas. Une bradycardie était notée dans 28.3% (minimum de 42 c/min) et un rythme du sinus coronaire dans 0.7% des cas; un bloc auriculo-ventriculaire du premier degré dans 2.4% des cas. Un syndrome de Wolf Parkinson White était retrouvé chez 3 luteurs (0.009%). Une extrasystolie ventriculaire était retrouvée dans 2 cas dont un trigéminisme ventriculaire. Une hypertrophie ventriculaire gauche était retrouvée dans 43.6%. A l'échocardiographie Doppler, la dilatation de l'atrium gauche était plus fréquente (56.05%). Une dilatation ventriculaire gauche était retrouvée dans 16.8%; une dysfonction systolique ventriculaire gauche modérée chez 2 luteurs. Un cas de polyvalculopathie rhumatismale (insuffisances aortique et mitrale modérées) avec dilatation et dysfonction ventriculaires gauches modérées était noté. Une hypertension artérielle pulmonaire modérée existait dans 0.31% des cas. Le rapport E/A était supérieur à 2 dans 26.9% des cas, inférieur à 1 dans 2.8% des cas.

Conclusion: Le bilan cardio-vasculaire est nécessaire dans le cadre de la visite médicale d'aptitude au sport. Elle doit être une obligation en ce qui concerne la lute au Sénégal; discipline populaire, qui nécessite un entraînement considérable et dont le nombre de pratiquants est très important.

Mots clés: luteurs, électrocardiographie, échocardiographie

C 44

RENAL HISTOPATHOLOGICAL STUDY OF HIV POSITIVE PATIENTS WITH CLINICAL EVIDENCE OF RENAL DISEASE IN BENIN CITY, NIGERIA

Odonmeta A, BI, Oviassi, EI, Ojogwu L, II Renal Unit, Dept. of Medicine, UBTH Benim City, Nigeria

Background: Human immunodeficiency virus (HIV) infection now constitutes a global disease burden. Currently about 3 million people are HIV positive worldwide.

Renal involvement has been found to be associated with a number of cases, as evidenced by presence of proteinuria and reduced estimated glomerular filtration rate (eGFR). It is important to biopsy HIV patients with proteinuria, normal or increased kidney size, and / or deranged renal function, provided there are no contraindications.

Aims/Objectives: To determine the histopathological finding (on light microscopy) in HIV patients with renal disease seen in Benin City, Nigeria.

Methods: HIV positive patients with evidence of renal disease and consenting to renal biopsy were recruited for the study. All of these patients were naïve to antiretroviral drug usage. Those with contraindications for renal biopsy were not recruited. A statistical spreadsheet with age, sex, CD4 count, and eGFR, renal scan sizes and histological findings was made and analysed via SPSS 17 package.

Results: A total of 17 patients 10 (58.8%) females and 7(41.2%) males participated in the study. The mean age, PCV, CD4 count and eGFR were 38.1±8.52 years, 20.5±5.12%, 154.4 ± 65.26 cells/ul and 39.7 ± 19.99ml/min. Twelve patients (70.5%) had proteinuria of 3+ and above. Twelve (70.6%) of the 17 patients had focal segmental glomerulosclerosis of the collapsing variant on light microscopy while 2(11.8%) had membranous glomerulonephritis and 1 (5.9%) had minimal change disease.

Conclusion; From our limited renal histopathological study of HIV patients with renal disease, the predominant histological type encountered is the Collapsin variant of FSGS, a pattern which is in keeping with reports from previous studies globally.

C 45

PRURITUS IN PATIENTS ON MAINTENANCE HAEMODIALYSIS IN BENIN CITY

Odenmeta A. BI, Unuigbo. EI, Oviassi. EI

Renal Unit, Dept of Medicine, UBTH, Benin City, Nigeria

Background: Pruritus is an unpleasant cutaneous sensation prompting a desire to scratch. It can be very disturbing and is common in patients on maintenance HD. Its pathogenesis is not very clear but has been attributed to diverse factors including uremia and iron deficiency anemia.

Aims/Objectives: The aims and objectives of this study were, to determine the frequency of pruritus in hemodialysis patients in Benin city; to evaluate the relationship of Pruritus in these patients with age, sex, BMI, skin changes, peripheral neuropathy, duration of dialysis, and laboratory findings including PCV, creatinine, urea, calcium, and phosphate and to get the percentage of patients with increasing Pruritus during and after dialysis.

Method: Consenting patients on maintenance hemodialysis were recruited for the study. Some relevant clinical and laboratory parameters (age, sex, BMI, skin changes, neuropathy, presence of pruritus, severity and intensity of pruritus, serum urea, creatinine, calcium and phosphate) were evaluated using the SPSS 17 package.

Results: A total of 50 patients participated in the study. Twenty four (48%) of these patients had pruritus. Of the 24 patients with pruritus, 14 (58.3%) were males while 10 (41.7%) were females. The mean age, BMI and duration of hemodialysis of the patients with pruritus were 51.0 ± 13.61 years, 23.3 ± 1.77kg/m² and 7.4±9.31 months respectively. Also, the mean serum urea, calcium and PCV of the patients were 252.1 ± 65.10mg/dl, 7.04mg/dl and 25.5 ± 4.38% respectively. Eight (33.3%) had an increasing intensity of pruritus during and after hemodialysis. Twelve (50%) of the patients had mild pruritus while another 12 (50%) had moderate pruritus. There was no case of severe pruritus. Anemia, serum urea, duration of hemodialysis and increasing age of patients were found to be significantly related to pruritus, (using Pearson's correlation).

Conclusion: Pruritus is relatively prevalent amongst our patients on maintenance HD and factors significantly associated with this condition include anemia, serum urea, and age of patients as well as duration on HD.

C 46

UNE UNITE DE NEPHROLOGIE PEDIATRIQUE EN AFRIQUE NOIRE: BILAN D'ACTIVITE APRES UN AN D'EXERCICE. Adonis-Koffy L, Kouassi F, Niamien E, Koutou E JM, Diarrassouba G

Unité de Néphrologie pédiatrique du CHU de Yopougon 21 632 Abidjan 21, Côte d'Ivoire

Introduction: La prise en charge spécifique des néphropathies de l'Enfant et l'absence de structures adaptées dans la sous région a motivé l'ouverture d'une unité au sein du service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon en janvier 2009. Un an après, nous présentons le bilan des activités de consultation et d'hospitalisation de cette unité unique en Afrique subsaharienne.

Méthodologie: Notre étude rétrospective, s'est déroulée de janvier 2009 à décembre 2010. Tous les dossiers d'enfants reçus en consultation et en hospitalisation ont été inclus dans l'étude.

Résultats: Au terme de notre étude, nous avons enregistré 666 consultations dont 184 consultants et réalisé 50 hospitalisations. Les caractéristiques étaient les suivantes: CONSULTATION: la tranche d'âge de 5-10 ans était la plus concernée avec un sexe ratio de 2.06%. Les affections rencontrées étaient le syndrome néphrotique (SN) 48,9%, les malformations des voies urinaires 13.04%, la glomérulonephrite aiguë (GNA) 10.8%, l'insuffisance rénale chronique 3.2%, l'hypertension artérielle essentielle 1.08%, les infections urinaires 0.5% et les autres affections 22.2%. HOSPITALISATION: L'âge moyen est de 7.4 ans avec un sexe ratio de 1.1. Le SN représentait 48% l'insuffisance rénale 38% dont 47.3% ont bénéficié de dialyse péritonéale, la GNA 24% (91,6% avait une hypertension maligne), la pyelonephrite 10%. Les décès représentaient 7.1 5 et 16 % de sortie contre avis médical.

Conclusion: L'unité de néphrologie pédiatrique a permis d'initier la dialyse péritonéale pédiatrique et une meilleure organisation de la prise en charge des néphropathies en Côte d'Ivoire. Le manque de moyen financier des familles restent un obstacle majeur à la prise en charge. Une subvention de l'état pour la prise en charge de ces pathologies améliorerait considérablement le pronostic de ces affections.

Mots – clés: Unité de néphrologie pédiatrique – Afrique-bilan annuel d'activités.caca

P 01

ENRICHISSEMENT A LA CARTE DU BAIN DE DIALYSE STANDARD EN POTASIUUM

J Faical, Mahfoudh H, Daly N, Kammoun K, Yaich S, Kharrat M, Charfeddine K, Ben Hmida M, Jammousi K, Hachicha J. Service de Néphrologie & UR99-08-37 et laboratoire de Biochimie

CHU Sfax et Faculté de médecine de Sfax, Tunisia

Au cours du traitement par hémodialyse une hypokaliémie peut engendrer des troubles de rythme, particulièrement à type d'arythmie complète par fibrillation auriculaire, recettent par le patient comme un malaise est souvent conduit par erreur au diagnostic d'une hypotension artérielle. Ces patients nécessitent l'utilisation de

bains riches en potassium (K). Dans l'objectif de calculer le besoin en potassium pour enrichir de 1 ou 2 mmol/l un bain standard de 2mmol/l et valider cliniquement le résultat obtenu, nous avons calculé tout d'abord la quantité de K tenant compte de la concentration du bain de dialysate standard en K de 2mmol/l, La concentration d'une ampoule de KCL de 7.5% (7.45kg de KCL/100mld'eau, soit 100msoit de potassium pour 100ml ou 1mm/ml) La dilution du concentré par le générateur 38 fois. La quantité calculée était de 7.4 ampoules que nous avons valide cliniquement (tableau) L'augmentation du bain à la dilution du dialysate en ajoutant (160ml) avec baisse de la conductivité nous suggerons donc dans ces conditions de sélectionner une conductivité de 145 pour garantir une conductivité réelle de 140µ S/m (tablet2)

Tableau 1 : Résultats de l'enrichissement Du bain standard en K de 1mmol/l

Pvt (Ap KCl)	[k+]	Pvt (Ap KCl)	[K+]
N 0 (0Ap)	1.99	N 0 (0Ap)	2.06
N 1 (7Ap)	2.84	N 1 (8Ap)	3.03
N 2 (7Ap)	2.85	N 2 (8Ap)	2.95
N 3 (7Ap)	2.84	N 3 (8Ap)	2.97
N 4 (7Ap)	2.90	N 4 (8Ap)	3.04

Tableau 2 : Résultats de l'enrichissement Du bain standard en K de 2mmol/l

Prelevement (Ap KCl)	[k+]	Pvt (Ap KCl)	[K+]
C 140µS/cm			
N 0 (0Ap)	1.98	N 0 (0Ap)	2.01
N 1 (16Ap)	4.12	N 1 (16Ap)	4.17
N 2 (16Ap)	4.03	N 2 (16Ap)	4.33
N 3 (16Ap)	4.02	N 3 (16Ap)	4.21
-	-	N 4 (16Ap)	3.99

Conclusion: l'enrichissement du dialysate peut se faire à la carte au cours d'une séance d'hémodialyse en calculant les besoins en K pour l'enrichissement de 2 litre de bain standard de 1mmol/l (16 ampoules à 7.5% en augmentant la conductivité à 145µ S/cm).

P 02

ASSOCIATION D'UNE POLYKYSTOSE RENALE AUTOSOMIQUE DOMINANTE ET D'UNE MALADIE LUPIQUE: A PROPOS D'UN CAS

Mrabet S, Hedhili W, Fradi M, Belarbie A, Zellema D, Guedri Y, Sahtout W, Sabri F, Achour A

Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction: La maladie lupique est une affection générale que le system immunitaire. Son association à d'autres maladies auto-immunes est possible. Nous rapportons le cas d'une maladie lupique diagnostiquée chez une patiente connue porteuse d'une maladie génétique, la polykystose rénale autosomique dominante (PKAD). Cette association n'a pas été rapportée dans la littérature.

Observation: Il s'agit d'une dame âgée de 49 ans en hémodialyse chronique depuis 2007 suite à une insuffisance rénale chronique secondaire à une PKAD. Deux ans après sa mise en hémodialyse, on note l'apparition d'un rash malaise sans autres manifestations cliniques et sans nouvelle prise médicamenteuse préalable. Une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe pose le diagnostic d'un lupus cutané. Sur le plan biologique, on note une leucopenie à 3810/ml Avec une lymphonemie à 860/ml, une thrombopénie à 102000/ml. Une Hb à 11.2g/dl (la patiente étant sous érythropoïétine), un complément sérique normal et un proteinurie à 0.18g/24h pour une diuresis résiduelle de 150 ml. Le test de coombs globulaires est négative alors que le test de coombs plaquettaire est positif. Sur le plan immunologique, les anticorps antinucléaires et les antiphospholipides sont négatives. La radiographie du thorax et l'échographie cardiaque sont normales. Le diagnostic de lupus chronique est posé en l'absence de criteres suffisants pour retenir le lupus systemique. La patiente est mise sous anti paludéen de synthèse avec une photoprotection et surveillance trimestrielle attentive de systematization.

Conclusion: La maladie lupique développée pa notre patiente n'est pas due

à une prise de médicaments inducteurs de lupus. Il n'a pas également été décrit de lupus induit par l'hémodialyse sutout que la cmplementemie est normale. La presence d'anomalies genetiques étant decrite également dans la maladie lupique, l'intervention de ce facteur serait à évoquer mais reste à élucider. L'association de maladie lupique et de PKAD est considérée fortuite chez notre patiente en attendant une explication génétique possible. Il s'agit du premier cas décrit dans la littérature.

P 03

LES FACTEURS DE RISQUE DE DENUTRITION EN DEBUT DE DIALYSE

Mahfoudh H, Gouia N, Essadok R, Kammoun K, Jarraya T, Kharrat M, Ben Hmida M, Hachicha J. Service Nephrologie Hopital Hédi Route EI Ain Km I Sfax

La dénutrition est fréquente chez le patient en insuffisance rénale chronique terminal. Elle augmente la morbidité et la mortalité. L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs de risqué de dénutrition en dialyses.

Notre étude est prospective intéressant 52 patients pris en charge en dialyse sur 3 mois. Nous avons évalué pour chaque patient l'indice de masse corporelle (IMC) plus cutane tricipital (PCT) et la circonférence brachiale (CMB). Nous avons considéré un patients dénutri s'il avait une IMC inférieur à 20kg/ m2 et/ou PCT inférieur a PCT inférieure au 10kg/m2 Percentiles et/ou une CMB inférieure au 10^e Percentiles. Selon la méthode anthropométrique 24 patients (46%) sont dénutris. La comparaison de patients dénutris et non dénutris a montre qu'il n'y avait pas de différence significative en ceux qui concerne l'âge et le sexe entre le 2 groupes. Il y avait moins de patients diabétiques chez les patients dénutris et plus de néphropathie indéterminée. Une durée de suivi néphrologique inférieure a 4 mois avant le début de la dialyse était plus fréquente dans le groupe de patients dénutris.

	Total	Dénutris	Non Dénutris	P
Nombre	52	24	28	
Age	55.55	58.91	51.64	0.15
Sexe (h/f)	33/19	18/6	15/13	
0.110				
Diabète	11%	8.3%	32.1%	0.036
HTA	55%	45.8%	64%	0.15
Coronaropathies	11.5%	8.3%	14%	0.21
Néphropathie initiale				
Indeterminée	32%	58%	10.7%	0.006
Diabetique	19.3%	8.3%	28.5%	
NIC	23%	12.5%	32%	
Vasculaire	13.5%	8.3%	17.8%	

Conclusion: le facteur le plus predisposant à la dénutrition en début de dialyse est la référence tardive du patient au néphrologue. Ce facteur expliquerait la fréquence plus importante de néphropathie indéterminée et la fréquence plus faible de diabétique chez les patients dénutris.

P 04

ISCHEMIE DIGITALE PAR EMBOLIE A PARTIR D'UN ABORD D'HEMODIALYSE THROMBOSE: UNE COMPLICATION RARE A NE PAS MECONNAITRE FEDHILA W, BELLAZRAG M, TLICH A, BEN HAMMOUDA S

Service de Néphrologie-Hopital Régional de Béja-Tunisie

Introduction: Un abord d'hémodialyse (HD) thrombosé peut être à l'origine et entraîner un tableau d'ischémie aigue en aval.

Méthodes: A ce propos nous rapportons le cas d'une hémodialysée chronique ayant présenté une ischémie aigue de la main gauche due à un embolie à partir de son abord d'HD.

Résultats : Il s'agit d'une patiente de 23 ans, qui s'est plainte à la fin de sa séance d'HD, d'une froideur et d'une cyanose de sa main gauche d'installation brutale, concomitants à une abolition du pouls radiaux homolatéral.

Cette patiente était porteuse d'une prothèse vasculaire au niveau du pli du coude gauche.

Un traitement par anticoagulant a été mis en route dans un premier temps, suivi ultérieurement d'une embolisation à la sonde De Forgarty ainsi que d'une ablation de la prothèse avec bonne évolution Clinique.

Conclusion: La survenue d'une ischémie aigue digitale à partir d'un abord d'HD est une complication rare mais grave. L'embolotomie garde une place de choix pour la préservation du membre. La prévention de l'ischémie nécessite la surveillance des abord vasculaires afin de dépister à temps une sténose ou thrombose.

P 05

INSUFFISANCE RENALE SEVERE COMPLIQUEE D'UNE MYELONOLYSE CENTRO-PONTIQUE: A PROPOS D'UN CAS. FEDHILA W, AKOPAVA- LARBI, R TLICHI, A BELLAZRAG M, BEN HAMMOUDA S.

Service de Néphrologie-Hopital Régional de Béja-Tunisie

Introduction: La myélinolyse centro-pontique (MCP) correspond à une démyélinisation de la partie central du pont. Il s'agit d'une complication rare et grave des hyponatrémies, d'autant plus qu'elles sont corrigées trop rapidement. L'hyponatrémie associée à d'autres troubles métaboliques se rencontre chez les alcooliques chroniques, mais également dans de multiples pathologies: malnutrition, diabètes, cancers, chimiothérapies et insuffisance rénale.

Méthodes: A ce propos, nous rapportons l'observation originale d'un patient ayant présenté une insuffisance rénale et une hyponatrémie sévères compliquées d'une MCP

Résultats: Il s'agit de la jeune K.M âgée de 43 ans, sans antécédents pathologiques notables, ayant présenté un syndrome cérébelleux d'installation brutale suivi d'un coma urémique. A l'examen biologique, on notait une insuffisance rénale (créatinine = 1895µ mol/l ; urée = 66 mmol/l) et une hyponatrémie (natrémie = 114mmol/l) sévères. L'imagerie par résonance magnétique cérébrale a objectivé des lésions de démyélinisation centro-pontique attribuées aux troubles ioniques. L'évolution, après épuration extra-rénale était favorable sur le plan neurologique avec disparition des troubles de la conscience et amélioration progressive des troubles de la marche. Sur le plan rénal, le patient présente une insuffisance rénale terminale nécessitant l'hémodialyse périodique.

Conclusion: La MCP est une affection potentiellement handicapante dont l'évolution peut être favorable. Son traitement, avant tout préventif, consiste en la surveillance et la correction prudente de l'hyponatrémie et d'autant plus qu'elle est chronique.

C 06

NECROSE PAPILLAIRE MASSIVE CHEZ UNE DREPANOCYTAIRE FEDHILA W, TLICH A, LAZRAG M, BEN HAMMOUDA S

Service de Néphrologie-Hôpital Régional de Béja - Tunisie

Introduction: La drépanocytose dans sa forme homo ou hétérozygote être responsable de complications rénales dont la nécrose papillaire, secondaires aux anomalies de la circulation dans la médullaire. Cette nécrose papillaire peut se manifester par une hématurie macroscopique et une insuffisance rénale aigue obstructive.

Observation: A ce propos, nous rapportons un cas caricatural d'une nécrose papillaire massive drépanocytaire. Il s'agit de la jeune A.S de 20 ans, drépanocytaire connue depuis l'âge de 6 ans, ayant présente une poussée de sa maladie sous forme de crise vaso-occlusive douloureuse. Secondairement, il s'est installé des troubles de la conscience et une rétention urinaire. Le bilan biologique objectivait une insuffisance rénale (créatinine é 150 µmol/l) sévères. Un cathétérisme sus-pubien réalise en urgence a permis de ramener hématuries avec de nombreux débris. La patiente a nécessité une séance d'hémodialyse avec transfusion culots globulaires. L'évolution était favorable cliniquement et biologiquement avec normalisation progressive de la fonction rénale. Cependant, il persistait une hématurie macroscopique incoercible avec de gros débris urinaires responsables de sondages vésicaux répétitifs à raison de deux fois par jour. L'urographie intraveineuse a confirmé la nécrose papillaire. Après un mois de réhydratation intraveineuse, on assistait à la disparition complète de trouble urinaires.

Conclusion: Au cours de la drépanocytose, les hématuries peuvent être massives et de durée très prolongée. Les possibilités thérapeutiques de ces hématuries vont de la cure de diurèse à la prescription de différentes molécules proposés dans la littérature soit à visée hémostatique soit pour inhiber la calcification. La néphrectomie d'hémostase doit être exceptionnelle.

P 07

INSUFFISANCE RENALE AIGUE ET OEIL ROUGE A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Chaabouni Y, Kammoun K, Kharrat M, Makni S, Jarraya F, Ben Hmida M, Boudawara T, Hachicha J. Service Néphrologie Hopital Hedi Chaker Laboratoire anapathy hospital Habib Bourguiba Sfax, Tunisie

Le Tubular interstitial néphropathie and uveitis (TINU) syndrome décrit pour la première fois en 1975 par Dobrin est rare. A notre connaissance 200 cas sont rapportés dans la littérature.

Observation: Nous rapportons une observation. Notre patiente est âgée de 19 ans. Elle est hospitalisée pour anorexie, vomissements, polyurie et perte de poids évoluant depuis 4 semaines. A l'examen la température était à 36.7°C ; la PA = 124 /80 mmHg avec hypotension orthostatique. Poids = 46kg, Taille =1.6m. Elle se plaint de douleur de l'oeil droit avec à l'examen une discrète rougeur conjonctivale. La bandelette urinaire montre P=+ ; H=0 ; L=++ ; N=0 G=++.

A la biologie, la glycémie était à 5.85mmol/l, créatinine = 673µ mol/l, K+= 2.85mmol/l ; calcémie + 2.41 mmol/l, Phosphorémie = 1.13 mmol/l, NFS : GB + 9800elts/mm3, PNN+7140, lymphocytes 1350 elts/mms. L'ECBU était négative. La protéinurie de 24h=0.9g/24h.

Le bilan immunologique comportant AAN, complément sérique et ANCA était négative.

La ponction biopsie rénale a montré un aspect de néphropathie interstitielle sans granulome.

L'examen ophtalmologique était en faveur d'une uveite.

Devant ce tableau, le diagnostic de TINU syndrome a été retenu et la patiente a été mise sous corticothérapie 1mg/kg/j.

L'évolution a été marquée par l'amélioration de la fonction rénale avec créatinine plasmatique après deux mois de traitement a 70µ mol/l.

Conclusion: Le TINU syndrome est peu fréquent mais certes sous estimé. Un examen ophtalmologique systématique devant tout tableau de néphropathie tubule-interstitielle inexplicée est nécessaire à fin de porter le diagnostic à temps.

P 08

SYNDROME DE GOODPASTURE DANS SA FORME RENALE ISOLEE .FEDHILA W, LAZRAG M, TLICH A, BEN HAMMOUDA S.Service de Néphrologie – Hopital Régional de Béja – Tunisie

Introduction: Le syndrome de Goodpasture (SGP) est une affection auto-immunitaire avec syndrome hémorragique alvéolaire et/ou insuffisance rénale aigue par glomérulonephrite extra-capillaire. La forme rénale isolée du SGP représente environ un tiers des cas.

Observation: A ce propos, nous rapportons une observation d'un SGP avec atteinte rénale pure. Il s'agit d'un patient âgé de 71 ans admis dans le service avec tableau d'insuffisance rénale sévère anurique. L'examen Clinique objectivait un tableau d'anasarque et une hématurie à +++ avec bandelettes réactives. Le bilan biologique montrait une insuffisance rénale (créatinine +1261µ mol/l) et une anémie (Hb=3g/dl) sévères, un syndrome inflammatoire, des anticorps anti-MBG positives et des P-ANCA positives de spécificité anti-MPO. La biopsie rénale n'a pu être réalisée vu que les reins étaient de petite taille. Le lavage broncho-alvéolaire n'était pas en faveur d'une hémorragie intra-alvéolaire. Le patient a été traité par hémodialyse itérative, corticoïdes et cyclophosphamide. L'évolution était marquée par une amélioration de l'état général et une négativation du bilan immunologique. Sur le plan rénal, et après un recul de un an et demi, le patient reste dialysé.

Conclusion: Le SGP est une pathologie rare et grave de part ses complications et son pronostic. Dans sa forme rénale pure le traitement instauré est fonction du degré de l'atteinte rénale. Il est basé l'association de corticoïdes, de cyclophosphamide et de plasmaphérese.

P 09

DYSFONCTIONS THYROIDIENNES ET GOITRE NODULAIRE CHEZ L'HEMODIALYSE CHRONIQUE. Ameziane S, Izem A , Zenasni N Badii F, El Khayat S, Zamd M, Medkouri G, Benghanem M, Hachim K, Ramdani B

Service de Néphrologie hémodialyse et Transplantation Nénale CHU Ibn Rochd de Casablanca

Introduction: Peu de travaux ont étudié la prévalence de goitres nodulaires et des dysfonctions thyroïdiennes chez les hémodialysés chroniques.

Notre objectif est d'évaluer la prévalence ainsi que les caractéristiques de la pathologie thyroïdiennes chez les IRCT en hémodialyse dans notre centre.

Matériels et Méthodes: Notre étude rétrospective a concerné neuf hémodialysés atteints de pathologie thyroïdienne chez les IRC en hémodialyse dans notre centre d'hémodialyse du CHU de Casablanca sur une période de trois ans allant de Septembre 2007 à Novembre 2010. Nous avons analysé les données cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives de ces neuf patients.

Résultats: Neuf patients présentaient une pathologie thyroïdienne sur un total de 137 patients hémodialysés dans notre centre (6.5%) La moyenne d'âge étaient de M/F; 1.25 Parmi ces neuf patients, quatre présentaient une tumefaction cervicale palpable (45%) dont un avait de signes compressifs, deux présentaient des signes cliniques d'hyperthyroïdie (22%) et trois étaient asymptomatiques (33%). Tous les neuf patients avaient bénéficié d'une échographie cervicale : sept patients avaient un goitre multimodulaire (77.8%) et deux avaient des thyroïdes hypoechogènes (22.2%). Tous les neuf avaient bénéficié d'un de HT (TSHus, T3I, T4I); trois patients étaient en hyperthyroïdie et six en euthyroïdie. Sur le plan thérapeutique, quatre patients étaient traités chirurgicalement (thyroïdectomie totale avec un traitement hormonal substitué), un patient traité médicalement par des antithyroïdiens de synthèse et quatre étaient mis sous surveillance. L'étude anatomopathologique de quatre pièces de thyroïdectomie avait retrouvé : un cas d'amylose thyroïdienne, un cas de carcinome papillaire, un cas de thyroïdite lymphocytaire, et un cas de dystrophie nodulaire thyroïdienne.

Conclusion: La haute prévalence de goiters nodulaires et des dysfonctions de la glande thyroïde chez la population des IRCT en hémodialyse, nous incite à prendre en considération l'évaluation de la fonction thyroïdienne et la détection échographique des goiters dans la surveillance de nos patients hémodialysés chroniques.

P 10

NEUROPATHIE PERIPHERIQUE CHEZ LES INSUFFISANTS RENAUX CHRONIQUES A CONAKRY. ML Kaba, O Pricemou, AO Bah, ML Kourouma, A Tolmo, YI Touré

Service de Néphrologie-hémodialyse hospital Donka Conakry Guinée
La neuropathie périphérique est une complication constante de l'insuffisance rénale chronique. Les signes cliniques sont surtout subjectifs et les manifestations déficitaires graves sont rares.

Le but de notre travail était de déterminer la fréquences de la neuropathie périphérique urémique et de décrire ses manifestations cliniques.

Le service de néphrologie-hémodialyse de l'hôpital Donka a été le cadre travail, réalisé du 10 avril au 09 octobre 2010. Ont été inclus les patients en insuffisance rénale chronique, hémodialysés ou non, présentant des manifestations neurologiques périphériques. Les paramètres pris en compte étaient l'âge, le sexe, le stade de l'insuffisance rénale chronique, le type Clinique de néphropathie. La symptomatologie fonctionnelle et physique neurologique d'une atteinte motrice, sensitive et neurovégétative était recherché. Nous n'avons pu réaliser des explorations fonctionnelles neurologiques appropriées. L'incidence de la neuropathie périphérique chez les insuffisants rénaux chroniques était de 118 cas/190 (62%). L'âge moyen était de 50 ans \pm 0,89 [15-94] Le sex ratio H/F était de 1.5.

Selon le type de néphropathie, la neuropathie périphérique urémique était de 50 cas (42%) au cours des néphropathies vasculaires; 31 cas (26%) au cours de néphropathies glomérulaires; 20 cas (17%) chez les uremiques diabétiques; 8 cas (7%) au cours de néphropathies tubule-interstitielles et 9 cas (8%) au cours des néphropathies d'origine indéterminée.

En fonction du stade de l'insuffisance rénale chronique, elle était progressivement croissante. Aux stades 1 et 2, 9 cas (8%); le stade 3 comptait 39 cas (33%); au stade 4, la neuropathie urémique représentait 70 cas (59%).

Les principales manifestations neurologiques observées étaient; les signes fonctionnels (faiblesse musculaire, échauffement palmo-plantaire, fourmillement et engourdissement de extrémités) : les signes neuro-végétatifs (constipation, dysfonction sexuelle); signes physiques (abolition des réflexes ostéo-tendineux, troubles vibratoires et proprioceptifs).

L'approche purement Clinique de la neuropathie périphérique, bien que limitée, nous fournirait une bonne appréciation de cette complication chez l'urémique chronique.

Mots clés: neuropathie périphérique, insuffisance rénale chronique.

P 11

TRAITEMENT CONSERVATEUR DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE AU STADE PRETERMINALE EN MULIEU NEPHROLOGIQUE

ML Kaba, F Camara, AO Bah, Diakité, M Traoré, YI Touré .Service de Néphrologie-hémodialyse hospital Danka, Cohakry Guinée

Introduction: L'insuffisance rénale chronique est souvent découverte à un stade avancé car près de 40% des dialyses sont intrasurées en urgence. La mise en place de mesures hygiène-diététique et de traitements appropriés permet de ralentir d'une manière significative la progression de la maladie rénale chronique. Le but de notre étude était de décrire le profil Clinique de l'insuffisance rénale chronique préterminale et de déterminer son pronostic sous le traitement conservateur.

Patients, Méthodes et Résultats: En 2008 et 2009 nous avons prospectivement recruté 287 cas d'insuffisance rénale chronique sur 544 hospitalisations (57%) dans le service de néphrologie. Parmi ceux-ci 67 patients (23%) étaient au stade d'IRC préterminale soit le stade 3 dont trois diabétiques. Les patients dialysés et transplantés étaient exclus. Le régime hygiène-diététique et le traitement médicamenteux visaient comme cibles la surcharge hydro-sodée, l'hypertension artérielle, le diabète l'anémie, les troubles digestifs et phospho-calciques, l'acidose métabolique et les autres facteurs de risque cardiovasculaire et la néphroprotection.

L'âge moyen des patients était de 47 ans \pm 17 ans (15 – 90) ; le sex ratio H/F était de 0.6. Les patients habitaient la région de Conakry dans 72% des cas.

Le traitement conservateur réalise compartible une restriction hydro-sodée (61%) ; une restriction protéique (100%) ; un traitement martial (84%) la transfusion de culots globulaires (6%) ; le traitement antiémétique (81%) ; antiacide gastrique (22%) ; l'apport de carbonate de calcium (78%) ; de bicarbonate de sodium (5%) ; le traitement par inhibiteurs calciques (61%) ; par diurétiques (42%) et par IEC/ARA2 (55%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 13.5 jours. Une nette amélioration a été observée chez 56 patients (84%); II cas de décès (16%) ont été enregistrés.

Conclusion: La prise en charge précoce de l'insuffisance rénale chronique permettrait de ralentir son rythme évolutif d'une part et d'autre part d'obtenir réduction non négligeable de la morbi-mortalité urémique.

Mots clés: Traitement conservateur, insuffisance rénale chronique préterminale.

P 12

LES FRACTURES PATHOLOGIQUES CHEZ LE HEMODIALYSES

Badr B, Layine A, Dahbi S, EI Khayat S, Medkouri G, Zamd M, Hahim K, Benganem M, Ramdani B. Néphrologie hemodialyse transplantation Rénale, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION: La survenue de fracture chez le dialysé constitue une de complication grave de l'ostéodystrophie rénale, dont l'incidence est plus élevée que la population générale. Le but de notre travail est d'évaluer la prévalence de fractures pathologiques chez nos patients hémodialysés chroniques (HDC), d'analyser leur profil épidémiologique, clinique et évolutif et d'apprécier les résultats du traitement proposé.

METHODES: Etude transversale portant sur l'étude de 137 dossier médicaux des hémodialysés chroniques de notre centre, parmi lesquels nous identifions les patients ayant développé au moins une fracture pathologique.

RESULTATS: Sur 137 patients dialysés 15 ont développé une fracture pathologique (11%) , il s'agit de 7 hommes et 8 femmes. L'âge moyen de nos patients est de 51.4 \pm 11.4 ans 2 patients sont diabétiques, et 3 autres ont une catacacte. La durée médiane de dialyse est de 16 \pm 8 ans [6-26]. La fracture est survenue après un délai moyen de dialyse de 11 ans. Parmi les circonstances de survenue des fractures on note: la chute simple (7cas), l'AVP (4 cas), convulsion (1cas) et dans 3 cas la fracture est survenue de façon spontanée. Le siège de la fracture est dominé par le fémur dans 7 cas (50%). Sur le plan biologique; la calcémie moyenne est de 90 \pm 12.4 mg/l. Avec une phosphorémie moyenne de 39 \pm 19 mg/l. Deux patients avaient une hyperthyroïdie, Trois patients avaient unePTH 1-84 effondrée, et une patiente avait présenté une intoxication aluminique. Le traitement chirurgical s'est avéré nécessaire pour 7 cas, orthopédique dans les autres cas. Au dernier recensement le résultat fonctionnel était satisfaisant dans 9 cas.

CONCLUSION: Le contrôle optimal de la balance phosphocalcique, en visant les cibles des recommandations de bonne pratique Clinique, ainsi que la prévention des chutes chez les hémodialysés peut contribuer à réduire le risque de fracture osseuse.

P13

SI VOUS ETIEZ INSUFFISANT RENAL CHRONIQUE

Badr B., Badii F., Izem A., El Khayat S., Medkouri G., Zamd M., Hachim K., Benganem., Ramdani B., Néphrologie hémodialyse Transplantation Rénale, CHU Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION: Au Maroc, l'incidence et la prévalence de l'IRCT augmentent, nécessitant une utilisation rationnelle des techniques de suppléance rénale. La Transplantation rénale est le traitement de choix qui offre la meilleure qualité de vie et réinsertion socioprofessionnelle. Si l'hémodialyse (HD) est encore trop souvent un traitement <<subi>> dans la mesure où elle est la seule modalité offerte aux patients, la dialyse péritonéale (DP) est majoritairement le résultat d'un choix éclairé qui nécessite une information.

L'objectif de ce travail est d'éclairer les choix des acteurs impliqués dans la prise en charge de l'IRCT et de comparer leurs décisions personnelles avec les pratiques actuelles.

METHODES: un questionnaire a été diffusé via internet ou sous forme de papier à des néphrologues du Maroc et leurs équipes paramédicales sur la technique de suppléance qu'ils vont choisir s'ils étaient en insuffisance rénale chronique terminale tout en précisant les raisons de ce choix

RESULTATS: Sur plus de 180 néphrologues exerçant dans notre pays, 163 était contacté et seulement 80 réponses étaient reçues, le reste est en cours. Dans ces résultats préliminaires: 77,5% des néphrologues interrogés choisiraient en première intention la greffe préemptive, 11,25% l'PHD et 11,25% la DP, chiffres respectivement de 56,8, 10 et 33,2% pour les équipes paramédicales.

En première intention ou en cas de besoin avant la greffe, la répartition est de 36,3% pour la DP et 63,7% pour l'PHD, avec comme critères principaux de choix l'autonomie et la facilité par rapport à l'activité professionnelle pour la première et l'efficacité de la technique pour la seconde.

CONCLUSION: Cette enquête, certes purement théorique, montre une divergence entre les choix que nous ferions pour nous-mêmes et les techniques utilisées actuellement en pratique avec un taux de greffes préemptives et de DP bien supérieurs, et soulève des questions sur les orientations des patients. La liberté du choix: est-il une ambition ou une allusion? Pourquoi n'inscrit-on pas plus les patients en greffe préemptive et pourquoi n'y a-t-il pas plus de patients en DP?

P14

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPERPARATHYROIDIE SECONDAIRE CHEZ L'HEMODIALYSE CHRONIQUE.

Berra F, Aimade I, Badre B, Ghaire A, El Khayat S, Zamd M.A, Medkouri G, Hachim K, Benganem M, Ramdani B. Service de Néphrologie-Hémodialyse-Transplantation Rénale; CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction: L'hyperparathyroïdie secondaire est une complication fréquente de l'insuffisance rénale chronique. La prise en charge est médicale au début, mais devant certaines formes sévères et résistantes, la prise en charge chirurgicale s'impose. Le but de ce travail est de préciser les différents éléments cliniques, biologiques et radiologiques indiquant la parathyroïdectomie et aussi d'apprécier l'évolution post opératoire à court et à long terme.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 20 patients hémodialysés chroniques, parathyroïdectomisés sur une période de 16 ans. Nous avons analysé les différents paramètres cliniques, biologiques et radiologiques en pré et postopératoire.

Résultats: L'âge moyen et la durée moyenne en hémodialyse des patients au moment de la parathyroïdectomie étaient respectivement 34 ans et 9 ans. Le sex-ratio était de 12 hommes pour 8 femmes. Le taux de la PTH au moment de la parathyroïdectomie était de 2357 mg/ml avec une calcémie moyenne de 94.4mg/l, une phosphatémie moyenne de 55.7mg/l et un taux de PAL moyen de 1312 UI/l. Les complications post opératoires étaient favorables à long terme dans 45% des cas. Un seul cas de récidive a été notée dans notre série ayant nécessité une réintervention chirurgicale.

Conclusion: La parathyroïdectomie constitue la thérapeutique ultime et efficace pour freiner la sécrétion de la parathormone avec de bons résultats cliniques, et radiologiques. Cependant le meilleur moyen de traiter l'hyperparathyroïdie secondaire et prévenir ces complications parfois dramatiques; est la prise en charge précoce dès les premiers stades de la maladie rénale chronique des anomalies du métabolisme phosphocalcique.

P15

GLOMERULONEPHRITE EXTRA-MEMBRANEUSE SECONDAIRE A UNE SARCOÏDOSE (A PROPOS D'UN CAS)

Halla K., Layine A., El Badri., S Elkhatay; M Zamd; G Medkouri; K Hachim; M. Benghanem Gharbi; B Ramdani.

SERVICE DE NEPHROLOGIE; CHU IBN ROCH; QUARTIER DES HOPITAUX C. CASABLANCA, MAROC

INTRODUCTION: La sarcoïdose est une maladie chronique granulomateuse et multisystémique d'étiologie inconnue. L'atteinte rénale qui l'accompagne est décrite moins souvent que celle des autres organes.

OBSERVATION: Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte de sarcoïdose, qui a présenté dans les suites de sa maladie un syndrome néphrotique pur, avec notamment une hypertension artérielle, sans insuffisance rénale ni hématurie. La patiente n'était pas encore mise sous corticoïdes. La ponction biopsie rénale a révélé une glomérulonéphrite extra-membraneuse type I. Cette patiente a été mise sous corticothérapie, avec bonne évolution sur le plan respiratoire, mais persistance du syndrome néphrotique nécessitant l'introduction des immunosuppresseurs.

CONCLUSION: La sarcoïdose peut s'associer à une atteinte rénale, notamment une néphrite interstitielle granulomateuse. Les autres glomérulopathies sont rarement décrites et leur mécanisme reste mal élucidé.

P16

INSUFFISANCE RENALE AIGUE SECONDAIRE A UNE INTOXICATION PAR LE CHARDON A GLU

Hallal K., Layine A., Lidbi S., S Elkhatay; M Zamd; G Medkouri; K. Hachim; M. Benghanem Gharbi; B Ramdani

SERVICE DE NEPHROLOGIE; CHU IBN ROCH; QUARTIER DES HOPITAUX C. CASABLANCA, MAROC

INTRODUCTION: L'Intoxication par *Atractylis gummifera* L. (chardon à glu) est fréquente au Maroc. Elle est souvent accidentelle et reste mortelle en absence de traitement précoce et efficace.

La toxicité de cette plante est essentiellement digestive, neurologique et hépatique, mais des lésions rénales ont été parfois décrites. Afin de faire le point sur cette atteinte rénale, nous nous proposons d'analyser le cas d'une patiente qui a présenté une insuffisance rénale sévère après ingestion volontaire de chardon à glu.

OBSERVATION: il s'agit d'une patiente âgée de 35 ans, qui a présenté, après ingestion de chardon à glu, une symptomatologie faite de troubles digestifs, ictere cutanéomuqueux et onibulation, associée sur le plan biologique d'une hypoglycémie, et une cytolyse.

Par ailleurs, une insuffisance rénale s'est progressivement développée, avec une créatinine plasmatique à 91mg/l une semaine après l'intoxication, nécessitant le recours à l'hémodialyse. Une ponction biopsie rénale a été réalisée, révélant une nécrose tubulaire aiguë. Par la suite, la fonction rénale a évolué favorablement, ainsi que l'atteinte hépatique.

CONCLUSION: La toxicité rénale de l'*Atractylis gummifera* L., est souvent réversible avec une prise en charge précoce et adéquate. Cependant le pronostic vital dépend de la gravité des autres atteintes associées.

P17

LES TROUBLES DU TYTHME CARDIAQUE CHEZ LES HEMODIALYSES

AIMADE, S.MEKOUAR, FBERRA, S.KHIYAT, M.ZAMED, G.MEDKOURI, K.HACHIM, M.BENGHANEM, B.RAMDANI

CHU IBN ROCHD QUARTIER DES HOPITAUX CASABLANCA

Introduction: Latéinte cardiaque représente la première cause de mortalité chez les hémodialysés, notamment par troubles du rythme cardiaque, ces derniers augmentent les risques de mort subite. Le but de notre étude est de décrire les troubles du rythme cardiaque chez nos patients hémodialysés chroniques et de déterminer leurs facteurs de risques.

Méthodes: C'est une étude rétrospective sur 5ans allant de janvier 2005 à novembre 2010 incluant 137 patient hémodialysés dans notre unité.

Les données démographiques, cliniques, et biologiques ainsi que les données d'ECG, de l'Holter ECG et de l'échographie ont été recueillis à partir des dossiers des patients.

L'étude comparative entre le groupe de patient ayant des troubles de rythme cardiaque et le groupe témoin a été réalisée grâce au logiciel epi info.

Résultats: L'âge moyen de nos patients est de 51 ± 15 ans, avec prédominance féminine (7F, 5H) soit un sex-ratio de 0,71, la moyenne d'année en hémodialyse est de 14 ± 6ans.

La néphropathie causale est indéterminée dans 44,66% des cas, 50 de nos patients sont hypertendus; 12 patients soit 8,75% ont des troubles de rythme cardiaque; l'arythmie Cardiaque par Fibrillation auriculaire est prédominante dans 50 des cas, puis viennent les extrasystoles ventriculaires 25 des cas, les tachycardies ventriculaires dans 16,66% des cas, enfin les bradycardies sinusales dans 8,33%.

Ces troubles de rythme se greffent sur un cas sain dans 4 cas soit 33,33% des cas, 50 des cas ont une fraction d'éjection du ventricule gauche basse, une hypertrophie ventriculaire gauche est relevée dans 50 cas, et 16,66% des cas ont une cardiomyopathie dilatée.

Sur le plan thérapeutique: 58,33% des patients reçoivent de l'amiodarone, 50 des cas sont sous beta bloquant, 33,33% des cas sont sous antiagrégant plaquettaire; et 25 des cas sont sous AVK. La différence entre les deux groupes était significative (p<0,05) concernant l'âge > 50ans, l'existence d'une cardiopathie sous-jacente, et d'une hyperparathyroïdie > 600 pg/ml.

Conclusion: Les troubles du rythme cardiaque sont la cause la plus fréquente de mort subite chez l'hémodialysé, il faut donc savoir les diagnostiquer très tôt, pour pouvoir les stabiliser au moyen d'anti arythmique notamment l'amiodrone qui est très efficace si cardiopathie sous-jacente.

P18

GLOMERULONEPHRITE EXTRA MEMBRANEUSE SECONDAIRE A UNE ROSEOLE SYPHILITIQUE

Layine A., El badri H, Basraoui M, El khayat S, Zamd M, Medkouri G, Hachim, Benghanem GM, Ramdani B, Bennani N, Zemiati S

Service de Néphrologie, CHU Ibn Rochd, quartier des hôpitaux, Casablanca, Maroc

Introduction: Parmi les manifestations de la syphilis secondaire figure la néphropathie comme en témoigne cette observation. C'est l'une des étiologies infectieuses de la glomérulonéphrite extra membraneuse. La resurgence épidémiologique actuelle de la maladie doit éveiller la vigilance des cliniciens.

Observation: Un home de 46 ans, sans antécédents pathologiques, est admis dans notre service en septembre 2010 pour un syndrome néphrotique pur. Des éruptions à type de macules généralisées respectant le visage (roséole) évoluent trois semaines avant l'installation des oedèmes des membres inférieurs. L'examen des zones génitales était normal.

Au bilan biologique, on retrouve une proteinuria de 24 heures à 11g. Une hypo albuminémie à 13g/l, avec hypoprotidémie à 49g/l. La créatininémie est de 8mg/l soit un DFG à 83ml/mn/1,73m2. L'hémogramme est normal, les urines étaient stériles et le sédiment urinaire n'était pas actif. Les fractions du complément C3 et C4 sont normales. Les sérologies de l'hépatite B, C, du VIH négatives à l'exclusion de la sérologie syphilitique qui était positive avec le VDRL à 1/128 et le TPHA à 1/2560. Les Ac anti nucléaires et les Ac anti DNA sont négatives. Nous concluons à un syndrome néphrotique pur à protéinurie massive associé à une sérologie syphilitique positive. La biopsie cutanée réalisée au service de dermatologie avant que le malade ne soit transféré en néphrologie a montré: Une dermatite péri vasculaire avec infiltrats plasmocytaires et à la ponction biopsie rénale, on retrouve une glomérulonéphrite extra membraneuse (GEM) type I. la corrélation entre les données instauré à base de trois injections de benzathine-penicilline 2,4M à une semaine d'intervalle. Le rash et les oedèmes ont disparu une semaine après la première injection, et à un mois d'évolution, la protéinurie est passée de 11 à 0.24g/24h, l'albumine sanguine à 30g/l. Actuellement la protéinurie est négative.

Conclusion: Nous souhaitons rappeler la possibilité d'un syndrome néphrotique compliquant une syphilis secondaire. IL importe de rapporter ce syndrome à son étiologie car le traitement par des antibiotiques permet une guérison spectaculaire sans séquelle comme dans notre cas.

P19

LA GLOMERULONEPHRITE EXTRAMEMBRANEUSE LUPIQUE PURE

(A PROPOS DE 19 CAS)

Layine A., Badr B, Mbourou EA, El khayat S, Zamd M, Medkouri G, Hachim, Benghanem GM, Ramdani B, Bennani N, Zemiati S. Benkirane A

Service de Néphrologie, CHU Ibn Rochd, quartier des hôpitaux, Casablanca, Maroc

Introduction: L'incidence et la prévalence de la glomérulonéphrite extra membraneuse (GNEM) lupique pure diffèrent d'une étude à l'autre. Le risque de sa progression à l'insuffisance rénale est généralement réduit en l'absence de lésions prolifératives associées, mais les patients sont exposés au risque de complications thrombo-emboliques. Le traitement optimal de la GNEM lupique pure est peu codifié en raison de l'hétérogénéité importante entre les études publiées. Le but de ce travail est d'analyser les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de la GNEM lupique pure.

Méthodes: Etude rétrospective portant sur 19 dossiers des patients hospitalisés dans notre service entre Janvier 2000 et Décembre 2009, ayant une néphropathie lupique pure.

Résultats: La GNEM lupique pure est retrouvée chez 19 patientes parmi 180 lupiques suivis dans notre service sur une période de 9 ans, soit 10,5% des cas. L'âge moyen des patients était de 32,5 ans (17 – 47). Le suivi moyen était de 20 mois (12 – 48). La présentation Clinique initiale était marquée sur le plan rénal par la présence d'un syndrome néphrotique dans 10 cas (52%), l'insuffisance rénale est retrouvée dans 7 cas (37%). Les patients ont été traités par corticothérapie seule dans 5 cas (26%) ou associée au cyclophosphamide dans 14 cas (74%) en cas d'insuffisance rénale, de syndrome néphrotique à protéinurie massive, ou d'atteinte cardiaque et neurologique. Toutes nos patientes ont été mises sous néphroprotecteurs. Une rémission complétée (biases de la protéinurie < 2g par 24 heure et amélioration de la fonction rénale) dans 6 cas (32%).

Conclusion: L'instauration de la corticothérapie seule ou associée à l'immunosuppression dès le début de la maladie nous a permis d'obtenir plus de 50% de rémission complète dans notre série.

P20

INTERET DES BIOPSIES RENALES ITERATIVES AU COURS DU LUPUS SYSTEMIQUE

Layine A., Ayach G, El gharib S, El khayat S, Zamd M, Medkouri G, Hachim K, Benghanem GM, Ramdani B, Bennani N, Zemiati S.

Service de Néphrologie, CHU Ibn Rochd, quartier des hôpitaux, Casablanca, Maroc

Introduction: L'intérêt des ponctions biopsies rénales (PBR) itératives au cours du suivi du lupus systémique reste discuté dans la littérature. Le but de notre travail est de vérifier l'intérêt de ces rebiopsies à travers l'analyse des données cliniques et biologiques au moment des PBR itératives, leurs indications, l'évolution histologique par rapport à la biopsie rénale précédente, et l'impact thérapeutique qui en a découlé.

Patients et Méthodes: Etude rétrospective qui s'étale sur une période allant de Janvier 2000 à novembre 2010, incluant 19 patientes suivies dans notre service pour néphropathie lupique ayant bénéficié d'au moins 2 PBR, chez qui les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

Résultats: Vingt deux PBR itératives ont été réalisées chez 19 patientes. Le type histologique de la NL à la lère PBR était classé respectivement classe II, III, IV

dans 2 cas (11%) cas (58%) et 6 cas (31%). Le délai moyen de réalisation de la biopsie itérative était de 43 mois. L'indication d'une rebiopsie était une persistance ou rechute d'une protéinurie néphrotique dans 3 cas (16%), amélioration clinique mais persistance d'une protéinurie non néphrotique dans 7 cas (37%), aggravation de la fonction rénale dans un 4 cas (21%) et rechute d'une protéinurie néphrotique avec apparition d'insuffisance rénale dans 5 cas (26%). Le type histologique des PBR itératives était une classe III dans 7 cas (37%), classe IV dans 8 cas (42%) et l'association de la classe IV et V dans 4 cas (21%). Nous avons constaté qu'il y a eu amélioration des lésions histologiques dans 2 cas (11%), une aggravation avec évolution des indices d'activité et de chronicité dans 5 cas (26%), une persistance des mêmes lésions initiales dans 4 cas (21%) et une transformation histologique en classe IV dans 8 cas (42%) dont 4 associés à la classe V. L'impact thérapeutique de ces PBR itératives était de renforcer le traitement en associant l'immunosuppresseur à une corticothérapie dans 5 cas (26%), de maintenir une corticothérapie seule dans 6 cas (32%), de ne pas modifier le traitement néphroprotecteur seul dans un seul cas (5%). **Conclusion:** Nos résultats montrent que le risque d'une rebiopsie est justifié devant la nécessité d'évaluation de la maladie et de changement de la prise en charge des malades.

P21

HEMODIALYSE ET GROSSESSE DESIREE: A PROPOS D'UN CAS

L. Debchi, A. Khadraoui, F. Amir, F. Zerdoumi, A. Remache
Service de Néphrologie, CHU Ibn Rochd, quartier des hôpitaux, Casablanca, Maroc

Les patients en IRCT ont une fertilité diminuée mais ne sont pas stériles. Le développement vécu dans le domaine de l'hémodialyse ces dernières années a permis d'améliorer considérablement la fertilité pour une proportion importante de ces patients urémiques. Cependant la survenue et le succès évolutif d'une grossesse restent toujours un événement rare. Une prise en charge spécialisée et intensifiée en hémodialyse est nécessaire pour mener la grossesse à terme tout en évitant les complications qui peuvent survenir et mettre en jeu le pronostic vital maternel et fœtal.

Observation: Nous vous rapportons un cas de grossesse observée dans notre centre d'hémodialyse (CHU de Bab el oued) au début de l'année 2010, chez une patiente âgée de 37 ans, et hémodialysée depuis 07 ans. Nous insisterons d'une part sur sa prise en charge en hémodialyse et d'autre part sur les modalités de la collaboration entre néphrologues et obstétriciens. Dans notre cas la grossesse a été menée jusqu'à un nouveau né vivant, de sexe masculin, pesant 1,3kg, sans malformations, Apgar 9/10 à l'nn, 10/10 à 5mm.

Conclusion: une grossesse désirée ne doit pas être systématiquement déconseillée ou interrompue chez toutes les hémodialysées, particulièrement si la transplantation rénale est contre indiquée ou refusée, mais également si l'âge de la patiente est avancé et le délai d'accès à la greffe rénale long.

P22

LES URGENCES EN NEPHROLOGIE: EXPERIENCE DU SERVICE DE NEPHROLOGIE DU CHU BAB EL OUED

M. Mahiou I, A. Lyazidi F, Zerdoumi I, N. Mazari I, A. Remache I
1 Service de Néphrologie du CHU Bab El Oued, Alger, 2 Service d'Epidémiologie du CHU Bab El Oued, Alger

Introduction: L'altération de la fonction rénale de façon aiguë ou chronique peut aboutir souvent à la nécessité d'une hémodialyse dans des circonstances d'urgence. Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique ainsi que le devenir des patients hémodialysés en urgence.

Méthodes et patients: C'est une enquête descriptive et rétrospective qui concerne tous les patients dialysés en urgence au niveau de l'unité d'hémodialyse du CHU B.E.O menée entre Janvier et Juin 2010. Le recueil des données s'est fait sur un questionnaire en consultant les registres de garde. La saisie et l'analyse des données se sont faites sur le logiciel épi info.

Résultats: 183 séances d'hémodialyse d'urgence ont été assurées, intéressant 85 patients. L'âge moyen est de 50, 7 ± 17.35 avec prédominance masculine à 50, 6%. Le motif d'urgence de la première séance est l'POAP et /ou l'hyperkaliémie dans 51, 8% suivi de l'encéphalopathie urémique dans 16, 5%. Chez 74% des patients l'origine est une IRC, 14% d'entre eux ont été dialysés en urgence par une IRC au stade terminale de découverte fortuite. Les 26% restants sont dus à une IRA. L'origine est organique dans 59%, obstructive dans 41% due majoritairement à une pathologie urologique. La durée de la première séance est [1.5 – 2] heures dans 56, 5% des cas. Au cours de la première séance, des incidents ont été signalés chez 16.5% des patients à type (d'hypotension artérielle avec 35, 7%, hypertension, arrêt cardio-respiratoire, convulsion...). L'abord vasculaire est un KR central dans 56, 5% des cas soit jugulaire ou fémorale. Il y a amélioration de l'état générale du patient dans 76, 5% des cas. La prise en charge ultérieures dans 61, 2% est l'hémodialyse courante, 4, 7% en dialyse péritonéale et 28, 2% sont adressées à leurs médecins traitant.

Conclusion: Le service de Néphrologie de Bab El Oued reste le seul à assurer l'hémodialyse d'urgence dans la capitale, celle-ci intéresse l'IRC dans la majorité des cas, d'où l'intérêt d'une meilleure prise en charge et préparation à l'PEER afin d'éviter l'hémodialyse dans le cadre de l'urgence qui accroît la morbi-mortalité.

Mots clés: Insuffisance rénale chronique, insuffisance rénale aiguë, hémodialyse, urgence, nephrology.

P23

Rein et Syndrome de Sjögren:

Intérêt de la prise en charge en milieu néphrologique

S. Bouchemma, H. Roufied, R. Benomar, M. Asses, F. Zerdoumi, A. Remache
Service de Néphrologie CHU Bab El- Oued, Alger, Algérie.

Le syndrome de Sjögren (SS) est une maladie inflammatoire auto-immune assez fréquente.

Il peut être primitive ou secondaire à d'autres maladies systémiques.

L'impact pronostic de ce syndrome est fonction de l'atteinte polyviscérale systémique notamment rénale et de la survenue de lymphomes.

L'atteinte rénale au cours de ce syndrome est variée, la plus typique étant la néphropathie tubule-interstitielle avec une IRC en général de progression lente, sous réserve d'un bon suivi et d'un traitement symptomatique et étiologique bien adapté. Nous vous proposons 04 cas différents de notre consultation spécialisée avec une analyse comparative sur le plan anamneste, Clinique, biologique et évolutif et ce en mettant en évidence l'impact positif d'une prise en charge bien adaptée en milieu néphrologique.

Le traitement de fond de ce syndrome comporte actuellement des molécules innovantes et très prometteuses notamment le Rituximab dont bénéficient actuellement deux de nos patients.

P24

LE SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE AU COURS DU LUPUS

ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE: A PROPOS D'UN CAS

M. Asses*, H.Roufied*, M. Mahiou*, A. Remache*

**Service de Néphrologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie*

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est lié à une stimulation inappropriée des cellules macrophagiques dans la moelle osseuse et le système lymphoïde, ce qui entraîne une phagocytose anormale des éléments figurés du sang et la libération de cytokines pro-inflammatoires. Il peut être primaire ou secondaire (réactionnel à une infection, une pathologie maligne ou auto-immune, un médicament, souvent dans un contexte de déficit immunitaire). Le SAM associe des signes cliniques peu spécifiques (fièvre, altération de l'état général, hépatosplénomégalie, adénopathies) et des éléments biologiques évocateurs (biou pancytopenie, altération du bilan hépatique, coagulopathie, augmentation des LDH, de la ferritine et des triglycérides). Le diagnostic est confirmé par l'apparition d'une fièvre inexplicable avec pancytopenia. L'enquête étiologique a permis de conclure à un syndrome d'activation macrophagique secondaire à un lupus érythémateux systémique. La rémission est obtenue par une corticothérapie à 1mg/kg/j de prédnisone.

P25

INTERET DU DEPISTAGE FAMILIAL DANS LA POLYKYSTOSE RENALE

AUTOSOMIQUE DOMINANTE

Bellik N., Rahou. Y, Boukortt. N, Mazari. N, Remache. A;
Service de Néphrologie de Dialyse et de Transplantation, CHU de Bab El Oued, Alger, Algérie.

INTRODUCTION: La polykystose rénale autosomique dominante est la plus fréquente des maladies rénales héréditaires, Elle atteint au moins un individu sur 1000, elle touche 4 à 6 millions de personnes dans le monde et serait responsable de 7 à 10% des patients en insuffisance rénale terminale.

MATERIELS ET METHODES: Etude rétrospective concernant 20 Patients (11 femmes et 9 hommes) Issus de 6 familles, suivis en consultation de nephrology du CHU de Bab El Oued entre 2009 et 2010 pour polykystose autosomique dominante. Ces patients ont bénéficiés d'interrogatoires, examens Clinique, bilans biologiques et radiologiques. Le but de l'étude est d'évaluer l'importance du dépistage familial.

RESULTATS: L'âge moyen est de 40 ans avec un sexe-ratio de 0,87. Les circonstances de diagnostic sont: Une découverte fortuite à l'échographie, une insuffisance rénale, un dépistage familial qui a permis de trouver 14 cas (70%) une infection urinaire, lithiases rénales. L'HTA les infections urinaires et les lithiases sont les complications les plus fréquentes

CONCLUSION: l'évolution insidieuse et progressive de la PKD vers l'insuffisance rénale terminale constitue la gravité de la maladie. Plusieurs complications peuvent survenir au cours de l'évolution ou être à l'origine de la découverte de la PKD le dépistage systématique dans le cadre familial permet un diagnostic précoce qui permettra d'une part de diminuer la morbidité de la maladie et d'autre part de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique.

P26

LA MALADIE DES EMBOLIS DE CRISTAUX DE CHOLESTROL: A PROPOS D'UN CAS

FEDHILA. W., LAZRAG. M, TLICH. A, BEN HAMMOUDA. S

Service de Néphrologie – Hôpital Régional de Béja – Tunisie

Introduction: La maladie des embolies de cristaux de cholestérol (MECC) est une complication de l'athérome évolué. Elle est avant tout iatrogène déclenchée ou aggravée par les artériographies, les angioplasties, les traitements anticoagulants et par la chirurgie cardiaque ou vasculaire. L'atteinte rénale associée est fréquemment irréversible pouvant conduire à l'épuration extra-rénale.

Observation: Nous rapportons un cas de MECC compliquée d'une insuffisance rénale (IR) d'évolution lente. Un homme âgé de 69 ans, aux facteurs de risque cardiovasculaires chargés (tabac, dyslipémie, hypertension artérielle, insuffisance coronaire), a présenté une IR aiguë survenue trois semaines après une coronarographie. L'examen Clinique objectivait une pression artérielle sévère (20/10cm Hg), un livido réticulaire au niveau du genou gauche, un aspect purpre et cyanotique des orteils et une gangrène humide du gros orteil gauche. Les puls périphériques des membres inférieurs étaient présents. Le bilan biologique montrait une créatininémie à 356 µmol/l (créatinine antérieure = 140µmol/l), une hyperleucocytose à 14470/mm3n sans hyperéosinophilie, une CRP à 87 mg/l, une protéinurie à 3,15 g/24h. L'échographie rénale était normale. Le diagnostic de MECC a été retenu. Le traitement comportait un renforcement du traitement antihypertenseur, une poursuite de la statine, de l'aspirine et des vasodilatateurs. L'évolution sous antibiotiques était marquée par une amélioration de la fonction rénale. Une corticothérapie orale à la dose de 0,5mg/kg/j était également associée. A J30, la créatininémie était à 208µmol/l.

Conclusion: La MECC est une affection grave pour laquelle la thérapeutique est limitée. La corticothérapie a été proposée en co-traitement. Il convient de connaître

ce risqué de façon à discuter le rapport bénéfices- risques des investigations et des traitements proposés et de poser rapidement le diagnostic avant l'installation d'une défaillance multi-viscérale.

P27

PROFIL CLINIQUE DE LA FEMME ENCEINTE HYPERTENDUE DANS UN CENTRE MEDICO-COMMUNAL A CONAKRY.

ML Kaba, TM Djomo, AO Bah, MS Baldé, MC Baldé, YI Touré

Service de Néphrologie-hémodialyse hospital Donka, Conakry Guinée

L'objectif de l'étude de déterminer la fréquence et le profil clinique de la femme enceinte hypertendue admise au sein d'une structure sanitaire de second niveau. Au centre médical communal de Ratoma, un des cinq centres sanitaires secondaires que compte la ville de Conakry, 74 femmes enceintes hypertendues sur 1510 ont été prospectivement recrutées de septembre 2009 à février 2010. L'hypertension artérielle (HTA) a été définie par une pression artérielle 140/90 mm Hg, confirmée par deux prises, après dix minutes de repos et à distance de l'examen obstétrical. Les paramètres d'étude étaient: l'antécédent d'HTA, l'âge, la parité, la consultation prénatale, les motifs de consultation et le mode d'admission, l'âge gestationnel, le mode d'accouchement et les complications maternofoetales observées.

L'hypertension artérielle existait dans les antécédents personnels chez huit (11%) et la prise d'oestrogènes progestatifs a été notée dans 6 cas (8%). L'âge moyen des femmes enceintes hypertendues était de 27 ans [15-43] avec un maximum de cas dans les tranches d'âge de 30-34 ans (26%), 15-19 ans (24%), 20-24 ans (20%). Les nullipares et les paucipares étaient les plus touchées soit respectivement 32 cas (43%) et 17 cas (24%). L'âge gestationnel de 28-32 SA était retrouvé dans 13 cas (18%); de 33-36 SA dans 16 cas (22%) et de 37 SA et plus dans 44 cas (59%). Le suivi prénatal était considéré mauvais dans 42 cas (58%). Les principaux symptômes cliniques observés à l'admission étaient l'œdème aux membres inférieurs (73%); les céphalées (54%); la douleur épigastrique (14%); les troubles visuels (14%); les convulsions (9%); la dyspnée avec orthopnée (7%). Près de 91% des patientes provenaient de leur domicile; 8% étaient référées des centres de santé. La protéinurie était présente dans 73 cas/74 (99%) dont près de la moitié était d'ordre néphrotique. L'accouchement a été effectué par voie basse dans 39 cas/57 (68%) et par voie haute dans 18 cas/57 (32%).

Les principales complications maternelles et foetales étaient dans d'importance: la pré éclampsie (54%); l'éclampsie (18%); l'HTA gravidique (16%); la pré éclampsie surajoutée (7%); l'hématome rétroplacentaire (5%); l'hypotrophie foetale (67%); la MIU (11%); la souffrance fœtale aiguë (9%); la prématurité (5%).

L'hypertension artérielle chez la femme enceinte est fréquente et grave de part ses complications maternelles et foetales. Un renforcement des moyens en vue d'une prise en charge efficace devrait être envisagé dans nos structures sanitaires secondaires.

Mots clés: hypertension artérielle, femme enceinte.

P28

LA PREVALENCE DE LA MALADIE MULTIKYSTIQUE ACQUISE DU DIALYSE

AU CHU IBN SINA DE RABAT

ZNIBER AMAL, ELBADAoui G., ELHARRAQUI R., BOUATTAR T.,

EZAITOUNI F., OUZEDDOUN N., BAYAHAI R., BENAMAR L.

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Nénale CHU Ibn Sina RABAT. MAROC

Introduction: la maladie multikystique acquise du dialyse (MKAD) est une pathologie fréquente mais ses complications sont rares. L'objectif de notre étude est de préciser la prévalence de la MKAD, ses caractéristiques cliniques, ses facteurs de risqué et ses complications.

Matériels et Méthodes: Entre Septembre et Décembre 2010, nous avons mené une étude transversal potant sur une population d'hémodialysés chroniques au CHU Ibn Sina de Rabat, dont on a exploré les reins natifs par la réalisation d'une échographie rénale. Les patients connus porteurs d'une polykystose autosomique dominante ou d'une maladie rénale kystique médullaire ou ceux avec une histoire familiale de kystes rénaux ont été exclus. Toutes les échographies ont été réalisées par le même opérateur. Les critères de diagnostic de la MKAD étaient la présence d'au moins 4 kystes simples, bilatéraux et disséminés au sein de petits reins atrophiques. Nous avons relevé les données cliniques, paracliniques et évolutives de nos patients.

Résultats: Sur les 41 patients inclus, 29 ont une MKAD, soit une prévalence de 70, 5%. L'âge moyen était de 46, 45±12, 54 ans. IL s'agissait de 18 femmes et 11 hommes. La durée moyenne en hémodialyse était de 13, 14±5, 02 ans. Tous les patients avaient une durée minimale en dialyse de 5 ans; 24,1% entre 5 et 10 ans et 76% au delà de 10 ans. 82,8% des patients passent 3 fois/semaine pendant une durée de 4 heures; 17,2% passent 2 fois par semaine pendant une durée de 5 heures. La néphropathie initiale était indéterminée dans 44, 8% des cas; dans 31% une glomérulopathie; dans 6, 9% des cas interstitielle, vasculaire ou diabétique. La taille maximale des kystes était en moyenne de 27, 05±13,71mm (9, 8 à 62mm). Concernant les complications: deux patients (6, 9%) accusent des lombalgies et un seul patient (3,4%) présente des épisodes intermittents d'hématurie macroscopique. Aucun cas de cancer n'a été détecté.

Le taux d'hémoglobine moyen était de 10,47±1,5mg/dl spontanément versus 9,2±4,4g/dl chez les patients indemnes de la MKAD.

Conclusion: La prévalence de la MKAD est élevée chez notre population d'hémodialysés et augmente avec la durée de dialyse.

Nous suggérons qu'une échographie rénale doit être réalisée annuellement au maximum 5 ans après le début du traitement de suppléance.

P29

L'HYPERTENDUE APRES TRANSPLANTATION RENALE: INCIDENCE

ET FACTEURS DE RISQUE

Mattous.M., Benasila.S, Mouram.H, Berkchi.F, Benamar.L, Ouzeddoun.N, Rhou.H, Bayahia.R, Ezzeitouni.F

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina-Rabat

Introduction: La transplantation rénale corrige les anomalies responsables de l'hyperparathyroïdisme secondaire. Néanmoins, après la greffe rénale, une élévation persistante de la parathormone (PTH) est notée chez une majorité de patients.

L'objectif est d'analyser les caractéristiques de la sécrétion de parathormone dans notre population de transplantés rénaux, et de rechercher les facteurs de risqué d'hyperparathyroïdisme à distance d'une transplantation rénale.

Patients et Méthodes: Etude rétrospective portant sur une cohorte de 81 patients transplantés rénaux de 1981 à 2009 suivis au service de transplantation CHU Rabat, et ayant une durée de suivi d'au moins une année. Les paramètres cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été colligés 3 mois avant la transplantation et pendant l'année qui a suivi. L'hyperparathyroïdisme persistante a été définie par la nécessité d'introduction d'un traitement spécifique ou par une PTH au-delà des cibles préconisées par le KDOQI en fonction du début de filtration glomérulaire.

Résultats: L'âge moyen des patients est de 39 ± 14 ans avec un sex-ratio (H/F) de 50/31 et une durée en dialyse de 37 mois en moyenne, nous avons noté une baisse rapide du PRH moyen de 479 ± 375 pg/ml en pré-greffe à 132 ± 113 pg/ml à 1 mois. A un an après la transplantation, tous les greffons étaient fonctionnels, avec un créatininémie moyenne de 14 ± 6 mg/l, la prévalence des patients avec hyperparathyroïdisme était de 78%. Parmi ceux-ci 3 ont bénéficié d'un traitement par alfacalcidol, et un a né d'un traitement par alfacalcidol, et un a nécessité une parathyroïdectomie. Les facteurs prédictifs indépendants d'hyperparathyroïdisme persistante après la transplantation sont l'ancienneté en dialyse (p=0, 02; OR=2,258), la créatininémie à 12 mois (p=0, 01; OR=2,551), et une hyperparathyroïdisme avant transplantation rénale traitée par alfacalcidol (p=0, 01; OR=2,571). En analyse multi variée, seule la créatininémie à 12 mois a un impact sur le taux de PTH (p=0,03).

Conclusion: une durée de dialyse courte, et un griffon fonctionnel sont les principaux garants d'une correction de l'hyperparathyroïdisme après transplantation rénale.

P30

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE CHEZ LE TRANSPLANTE RENAL

Mattous M., Benasila.S, Mouram.H, Benhima.F Benamar.L, Ouzeddoun.N, Rhou.H, Bayahia.R, Ezzeitouni.F

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina-Rabat, Maroc

Introduction: La morbi-mortalité ardo-vasculaire est particulièrement élevée à tous les stades de l'insuffisance rénale. L'hypertension artérielle (HTA) constitue un facteur de risqué cardiovasculaire majeur même après la transplantation rénale.

Objectif: Evaluer la fréquence et les caractéristiques de l'HTA dans notre population de transplantés rénaux, et la difficulté de sa prise en charge.

Méthodes: Etude rétrospective portant sur 81 patients transplantés rénaux de 1981 à 2009 suivis au service de transplantation CHU Rabat, et ayant une durée de suivi d'au moins une année. L'HTA est définie par une PAS > 130 mmHg et/ou PAD > 80 mmHg et/ou la prise d'un traitement antihypertenseur.

Résultats: L'âge moyen de nos patients est de 39 ± 14 ans, avec un sex-ratio (H/F) de 1,6 et une durée en dialyse de 37 mois en moyenne. La transplantation a été effectuée à Rabat dans 62 cas (76, 5%), à l'étranger dans 19 cas (23, 5%). Il s'agit d'une greffe du rein de cadaver dans 12 cas (15%), et d'une allogreffe dans 69 cas (85%). Le donneur est la mère ou la soeur dans 64,8% des cas avec un âge moyen de 41±12 ans. Au cours de la dialyses, 70% des patient étaient hypertendus. Les patients reçoivent initialement des corticoïdes et de la ciclosporine (85% ou du tacrolimus (15%), associés dans 81% des cas au mycophénolate mofétyl et dans 19% des cas à l'azathioprine. La prévalence de l'HTA est de 83% (67 cas) à un mois après la greffe et 44% (36 cas) à 12 mois. Une sténose de l'artère rénale du griffon est rapportée dans 26 cas dont six ont bénéficié d'une angioplastie transluminale, avec pose de stent dans trois cas. Le traitement antihypertenseur repose essentiellement sur inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les antagonistes du récepteur de l'angiotensine 11 (67%), les inhibiteurs calciques (40%), et les beta-bloquants (16%). La monothérapie n'est suffisante que dans 45% des cas, une bithérapie est nécessaire dans 37% des cas, et dans 13% des cas l'HTA est équilibrée par une trithérapie. Sur un suivi moyen de 88 ± 47 mois, 94% des greffons sont fonctionnels, avec une créatininémie moyenne de 14 ± 7 mg/l, et nous avons noté trois cas de syndrome coronarien aigu, et un cas d'accident vasculaire cérébral.

Conclusion: L'HTA est fréquente après transplantation rénale, à long terme elle peut affecter la survie du patient et du griffon, d'où la nécessité d'une prise en charge précoce et adéquate.

P31

LES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASculaire CHEZ LE TRANSPLANTE RENAL

Mattous M., Benasila.S, Mouram.H, Berkchi.F, Benamar.L, Ouzeddoun.N, Rhou.H, Bayahia.R, Ezzeitouni.F

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina-Rabat, Maroc

Introduction: Les complications cardio-vasculaires sont responsables d'environ 50% de décès après la greffe rénale. Le but de ce travail est d'évaluer les facteurs de risqué cardio-vasculaire chez nos transplantés rénaux.

Matériels et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 81 patients transplantés rénaux de 1981 à 2009 suivis au service de transplantation CHU Rabat. Nous avons étudié les différents paramètres cliniques et biologiques de ces patients et nous avons évalué les différents facteurs de risqué cardio-vasculaire en fonction de l'ancienneté de la greffe rénale.

Résultats: L'âge moyen de nos patients est 39 ± 14 ans avec un sex-ratio H/F de 50/31. La durée moyenne de dialyse est de 37 mois (3 à 276). La durée moyenne de suivi après transplantation rénale est de 88 ± 47 mois. Le tabagisme chronique est noté chez 9% des patients. L'index de masse corporelle est de 23 ± 4 à 6 mois, 1 an et 2 ans, il est de 24 ± 5 à 3 ans et de 22 ± 3 à 4 ans. L'hypertension artérielle (HTA) est notée chez 73% des patients, elle est équilibrée par une monothérapie ou bithérapie dans 76% des cas, trithérapie dans 13% des cas et quadrithérapie dans 2% des cas. Cette HTA est due à une sténose de l'artère du greffon dans 40% des cas et reste multifactorielle dans les autres cas. Le diabète est apparu chez 8 patients après la greffe rénale. Quant à la dyslipidémie, elle est présente dans 54% des cas, traitée par les mesures hygiène-diététiques dans 16% des cas et part statines dans 27% des cas. Concernant les événements cardiovasculaires, on noté 3 cas de syndrome coronarien aigu, et un seul cas d'accident vasculaire cérébral ischémique.

Discussion: La transplantation rénale est le traitement de choix de l'insuffisance rénale chronique terminale permettant d'assurer une meilleure qualité de vie, mais les complications cardio-vasculaires augmentent la morbi-mortalité. Dans notre série, on a noté 4 événements cardiovasculaires, vu l'âge jeune de notre population.

Conclusion: le dépistage précoce et le traitement adéquat des différents facteurs de risque cardio-vasculaire s'imposent pour réduire la morbidité et la mortalité par événement cardio-vasculaire chez le transplanté rénale.

P32

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET EVOLUTIF DES GLOMERULONEPHRITES

EXTRAMEMBRANEUSES IDIOPATHIQUES

Mattous M. I, Haffane.LI, Mouram.HI, Rhou.HI, Benamar.LI, Zaittouni.FI, Alhamany.ZI, Bayahia.RI, Ouzeddoun.NI

1- Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina-Rabat, Maroc

2- Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologique. Hôpital d'Enfants- CHU Ibn Sina. Rabat, Maroc

Introduction: La glomérulonéphrite extramembraneuse (GEM) est la cause la plus fréquente des syndromes néphrotiques primitifs de l'adulte jeune. Elle est le plus souvent idiopathique, les formes secondaires représentent 20% des cas. Le traitement doit être entrepris précocement pour éviter l'évolution vers l'insuffisance rénale chronique (IRC).

But: Déterminer les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives des GEM idiopathiques dans notre service, afin de dégager les facteurs pronostiques de la maladie.

Patients et methods: Il s'agit d'une étude rétrospective comprenant 46 cas de GEM idiopathique, colligés entre janvier 2004 et décembre 2008.

Résultats: L'âge moyen de nos patients est de $43,5 \pm 14,8$ ans, avec un sex-ratio de 1,55. La durée moyenne du suivi est de 12, 8 ± 12 mois. Sur le plan clinique, un syndrome oedémateux est noté dans 95% des cas, et l'hypertension artérielle dans 45, 7% des cas. Le syndrome néphrotique est présent chez tous les patients avec une protéinurie moyenne de 6, 3 ± 5 g/24h, l'hématurie est présente dans 81,4% des cas, et 19,6% de nos patients avaient une insuffisance rénale à l'admission. Tous nos patients ont bénéficié d'une ponction biopsie rénale (PBR). Une lésion tubule-interstitielle est présente chez 26% des patients, et une hyalinose segmentaire et focale dans 39% des cas. Trente et un malades ont reçu un traitement associant la corticothérapie au chloraminophène selon le protocole de Ponticelli. L'évolution est marquée par une rémission (complete ou partielle) chez 60% des malades dans le groupe traité selon le protocole de Ponticelli et 42% dans le groupe traité symptomatiquement.

Conclusion: L'évolution sévère de la maladie nécessite une prise en charge précoce et adaptée tenant compte des facteurs pronostiques, afin de ralentir la progression vers l'insuffisance rénale terminale.

P33

PROFIL DE L'EQUILIBRE GLYCEMIQUE CHEZ LE DIABETIQUE TYPE II

EN MILIEU NEPHROLOGIQUE

Mattous M., Bouttar.T, Rhou.H, Ouzeddoun.N, Ezzaitouni.F, Bayahia.R, Benamar.L

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina-Rabat, Maroc

Introduction: Le déséquilibre glycémique est un déterminant principal du développement des complications microvasculaires chez le diabétique. Un meilleur contrôle métabolique permet de ralentir l'évolution de la néphropathie diabétique.

But du travail: Evaluer le profil de l'équilibre glycémique chez des diabétiques type 2 en milieu néphrologique et déterminer les facteurs de risque du déséquilibre diabétique.

Patients et Méthods: IL s'agit d'une étude prospective incluant des patients diabétiques type 2 suivis en consultation de néphrologie depuis Janvier 2000 à Décembre 2009. Nous avons déterminé leurs caractéristiques démographiques et biologiques [l'hémoglobine glyquée, l'excrétion urinaire d'albumine, la créatininémie]. Le diabète est déséquilibré si $PHb A 1 > 7\%$.

Résultats: Nous avons colligé Durant 10 ans 915 diabétiques type 2. L'âge moyen de nos patients était de 62 ± 10 ans (31 à 91) avec une nette prédominance féminine (sex-ratio=0,8). Le taux moyen d'Hb A 1 c était de $8, 4 \pm 2, 3$, avec un diabète déséquilibré chez 70% des patients. L'ancienneté du diabète était de $13 \pm 8, 2$ ans. 70% de nos patients étaient au stade d'insuffisance rénale à la première consultation de néphrologie. En fonction du stade de l'atteinte rénale, le diabète était déséquilibré étaient plus anémiques et avaient plus d'insuffisance rénale. En plus des mesures hygiène-diététiques; 67,7% de nos patients étaient sous insulinothérapie ce qui a permis d'obtenir un meilleur équilibre glycémique après un suivi moyen de $23,5 \pm 22,3$ mois (70,5% versus 55,7%, $p < 0,001$).

Conclusion: L'équilibre glycémique est une priorité dans la prise en charge de tout diabétique. Une contrôle glycémique meilleur et précoce permet d'éviter et/ou de ralentir la survenue des complications dans cette population.

P34

LE PROFIL CLINIQUE ET EVOLUTIF A PROPOS DE DEUX CAS D'INFARCTUS

RENAUX DANS UN SERVICE DE NEPHROLOGIE

Karamoko.D, Siham, H, Fatima, B, Zoubair, S Benamar.L, Ezaitouni. F, Bayahia.R, Ouzeddoun. N

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina-Rabat, Maroc

Introduction: L'infarctus rénale est une pathologie rare constitue une urgence medico-chirurgicale Observations:

Cas n°1: Un jeune patient de 48ans aux antécédents de cardiopathie ischémique depuis 8 ans, et d'hyperlipidémie. Admis en néphrologie pour douleur lombaire gauche, de type colique accompagnée; de vomissement. L'Examen physique: Un bon état général, l'auscultation cardio-pulmonaire normale et la tension artérielle à 140/60mmHg. Apyrétique. Abdomen: douloureux au niveau lombaire gauche et le reste normal. Biologiquement: un syndrome inflammatoire avec une fonction rénale normale 9mg/l, on note une augmentation des (LDH) à 813UI/l. Le bilan immunologique: ANCA; Ac anti DNA; anti MBG; les APL; les compléments C3, C4: normaux. La TDM abdominopelvienne avec injection: Un infarctus partiel du parenchyme rénale gauche avec 2 foyers polaires supérieur et un grand infarctus plaire inférieur évoquant des embolies segmentaires (fig1). Un angio-TDM thoraco-abdominal à montré des plaques calcifiées fines non sténosante intéressant la crosse aortique un thrombus non occlusive au niveau du tronc iliaque (TC) et de l'artère mésentérique supérieur (AMS)(fig2). Une Echographie Trans Thoracique: (FE=60%) et une altération de la fonction diastolique combinée a une hypokinésie des segments basal et médiane de la paroi septale et de tous les segments de la paroi latérale. Le traitement a consisté à une anticoagulation a dose curative (500UI/kg) relayé par un anti vitamin K associé aux IEC; beta bloquer et une statine. L'évolution après un recul de deux mois, la douleur a disparue la fonction rénale du patient est restée stable 8.1mg/L.

Cas n°2: sujet âge de 70 ans de sexe masculine aux antécédents d'HTA connue depuis 30 ans; autres facteurs de risque cardiovasculaires. Une notion de brûlure mictionnelle admis en néphrologie pur une lombalgie droite isolée. L'examen physique: un passable état général; conjonctives bien colorées. L'auscultation cardio-pulmonaire normale. La tension artérielle 120/80 mm Hg; FC=69 battements/minute; fébrile à 38°C; le pouls périphériques bien perçus. L'Abdomen sensible au niveau de la fosse lombaire droite et légèrement au creux épigastrique, le reste de l'examen est normal. Aux bilans: un syndrome inflammatoire (Une C-réactive protéin (CRP) à 246 mg/L, une hyperleucocytose à 16500/ml). Une insuffisance rénale à 20mg/L pour une clairance de la créatinine (MDRD)=35ml/minute, sans autres troubles hydro-électrolytiques. La LDH était augmentée à 636 UI/l. le sédiment urinaire normal. Une Tomodensitométrie avec injection du produit de contraste a montrée un défaut néphrographique. Une échographie Trans thoracique (ETT): Une anomalie de la cinétique segmentaire; une FE=45% altérée; les cavités droites dilatées et une dilatation biauriculaire. L'Electrocardiogramme: Une nécrose en postéro inférieure avec une ischémie sous endocardique et antéro-septale. Dix jours plus tard, le patient ne rapportait plus de douleur et la CPR à baissée à 17mg/L et l'insuffisance rénale était stable. Une échographi rénale de contrôle après 2 mois de recule montre des reins de taille normale.

Conclusion: L'angioscanner thoraco-abdominale avec injection du produit de contraste permet de poser le diagnostic. IL s'agit d'une urgence medico-chirurgicale.

P35

PROFIL CLINIQUE ET EVOLUTIF DES INFECTIONS URINAIRES

DANS UN SERVICE DE NEPHROLOGIE – CHU Ibn Sina

Djiguiuba K, Bentiss.F, Skalli.Z, Benamar.L, Ezaitouni.F, Bayahia.R, Ouzeddoun. N

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina-Rabat, Maroc

Introduction: Les infections urinaires (UI) regroupent un ensemble hétérogène d'infections de l'un des constituants de l'arbre urinaire ou de ses annexes: la Cystite, la pyélonéphrite aigue ou chronique

But: Evaluer sur le plan clinique et évolutif des patients qui ont présenté une IU dans notre service.

Matériel et Méthode: C'est une étude rétrospective qui a portée sur 82 patients suivis en néphrologie ayant présenté au moins un épisode d'UI. Nous avons analysé pour chaque patient les données cliniques, biologiques thérapeutiques et évolutives en rapport avec l'UI afin de dégager les facteurs de risque associés. L'UI est définie par la présence d'une bactériurie de 105/ml associée à une leucocyturie de 104/ml.

Résultats: L'âge moyen de nos patients est de $48,2 \pm 15,8$ ans avec une prédominance féminine: sex-ratio = 0.51. Les antécédents retrouvés sont: la corticothérapie (3 cas), la transplantation rénale (1 cas). La symptomatology Clinique est marquée par les signes suivants: brûlures mictionnelles (89%); des lombalgies (87.2%); un syndrome fébrile (25.6%); urines troubles (19.5%); des coliques néphrétiques, pollakiurie (13.4%); et la dysuria (4.9%). La Cystite aigue et la pyélonéphrite aigue étaient les diagnostic les plus fréquents avec respectivement (70.8%) soit 58 cas, et (23.2%) soit 19 cas et en fin la pyélonéphrite chronique (6%). L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) a confirmé l'UI chez tous les patients. Biologiquement on note: une insuffisance rénale dans 43 cas (31 cas de cystite (53.4%) et 12 cas de pyélonéphrite 50%). Nous avons note 12 cas soit (14.7%) de leucocyturie aseptique. Les BGN étaient dominants (70.7%) et on à note des BLSE durée moyenne du traitement est de 10 ± 3 jours pour les cystitis et de 17 ± 3 jours pour les pyélonéphrites. Tous les cas de pyélonéphrite ont bien évolué.

Discussion: La Cystite aigue constitue l'UI la plus fréquente et surtout chez la femme jeune. Les Facteurs de risque potentiels de l'UI sont: le sexe féminin; les antécédents d'UI; l'âge avancé. Les Facteurs favorisants de l'UI compliquée sont: les anomalies anatomiques (lithiasie rénale); les co-morbidités (diabètes); sexe masculin; l'immunosuppression) et l'insuffisance rénale.

Conclusion: L'UI continue un motif de consultation très fréquent en néphrologie.

P36

LES COMPLICATIONS IATROGENES DUTRAITEMENT DE LA NEPHROPATHIE LUPIQUE

Karamoko.D, Kejji. S, Bentiss.F, Shalli.Z, Bouchentouf.I, Benamar.L, Ezzaïtouni.F, Bayahia.R, *Al Hamany.Z, Ouzeddoun.N, Service de Néphrologie – Dialyse – Transplantation rénale
*Service d'Anatomie Pathologique. Hôpital d'Enfants CHU Ibn Sina- Rabat. Maroc

Introduction: Les complications iatrogènes sont fréquentes au cours de la néphropathie lupique (NL).

But: évaluer les complications iatrogènes dans une série de 64 patients traités pour NL.

Matériel et Méthode: Étude retrospective monocentrique ayant inclue 64 cas de NL colligés au service pendant une période de 5 ans (2005 – 2009). Nous avons analysé, pour chaque patient, les paramètres cliniques, biologiques, thérapeutiques et les complications iatrogènes apparues au cours du traitement. Le traitement d'induction associe un bolus de méthyl-prédnisolone relayé une corticothérapie orale à dose dégressive à un bolus mensuel de cyclophosphamide intra-veineux pendant 6 mois. Le traitement d'entretien comprend soit - un bolus trimestriel de cyclophosphamide

Pendant 2 ans (15 patients soit 23,4%), - un traitement oral à base d'azathioprine (11 patients soit 17%) – un traitement oral à base de mycophénolate mofétil MMF (7 patients soit 7, 8%)

Résultats: L'âge moyen de nos patients est de 32,5 ± 11, 7 ans avec une nette prédominance féminine: sex – ratio = 0, 08. La biopsie rénale réalisée chez tous les patients confirme le diagnostic de la NL. Les principales atteintes organiques associées sont: rhumatologique (81,2%), cutanée (64%), pulmonaire (23, 4%), cardiaque (14%) et neuro-psychiatrique (7, 8%). Les complications iatrogènes sont notées 16 patients (25%). Il s'agit de:

* de complications infectieuses toutes d'origine bactérienne dans 10 cas (62%), à type d'infection urinaire dans 4 cas (22%), d'infection pulmonaire communautaire dans 3 cas (16%), de tuberculose pulmonaire dans 2 cas (11%) et de méningite tuberculeuse dans un cas (5,5%). Deux patients parmi ces 10, sont décédées d'un choc septique malgré leur transfert précoce en réanimation médicale.

* d'hypertension artérielle (HTA) systole-diastolique chez 7 patients normotendus avant toute corticothérapie. Cette HTA est contrôlée sous mono ou bithérapie comprenant forcément un bloqueur du système rénine angiotensine.

* de diabète cortico-induit équilibré sous insulinothérapie.

* d'ostéoporose secondaire à la corticothérapie dans un cas.

La dose cumulée de corticoïdes était estimée à 10650mg de prednisone. L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale n'a pas été notée dans notre série.

Conclusion: maladie systémique dont la prise en charge est très difficile car le traitement corticoïde et immunosuppresseur utilisés peuvent entraîner des conséquences graves.

P37

ASSOCIATION FORTUITE: AMYLOSE ER SCHWANNOME BENIN CERVICAL

Djiguiaba.K, Ibrahim.A, Bentiss.F, Skalli.Z, Cherkaoui.A, Benamar.L, Ezzaïtouni.F, Bayahia.R, *Al Hamany.Z, Ouzeddoun.N. Service de Néphrologie – Dialyse DP Transplantation Rénale
*Service d'Anatomie pathologique. Hôpital d'Enfants CHU Ibn Sina-Rabat Maroc

Introduction: le schwannome est une tumeur qui a pour origine des cellules de la gaine de Schwann de l'axone. C'est une tumeur rare localisations multiples: rétro-péritonéale; cervicale; et même médiastinale postérieure.

Observation: Mr. H.M âgé de 50 ans avec antécédent d'œdèmes des membres inférieurs 5 mois avant l'hospitalisation. Hospitalisé dans notre formation pour syndrome néphrotique. L'examen physique note un état d'anasarque avec une tension artérielle à 90/60mmHg. Par ailleurs le patient présente une tumefaction cervicale droite de 2cm environs, mobile, indolore, non inflammatoire. Le bilan biologique montre un Syndrome néphrotique profond (hypoprotidémie à 3g/l/hypoalbuminémie sévère à 7g/l et une protéinurie de 24h à 4g/24h) avec une insuffisance rénale sévère

(Créatininémie à 25,7mg/l pour une clairance à 25ml/minute selon la MDRD) sans troubles hydro-électrolytiques notables, associé à un syndrome inflammatoire (hyperleucocytose à 13300/ml, ferritine sérique à 865, vitesse de sédimentation accélérée à 81-104 mm). La fraction C3 des complements sérique est diminuée et la fraction C4 normale. Le bilan immunologique (APL, ANCA, ANN, DNA natifs) est normal. L'immunofixation des protéines sériques est normale et la protéinurie de bence Jones est négative. Le sédiment urinaire est actif avec une leucocyturie à 25 éléments /mm³ et une hématurie à 15 éléments /mm³. L'imagerie rénale montre des reins de taille normale bien différenciés avec présence d'un kyste polaire supérieur gauche (35mm). L'échographie cervicale montre une adéopathie nécrosée au centre. L'étude anatomopathologique et immuno-histochimique de cette adéopathie montre un aspect histologique de schwannome bénin (PSI 00et le Write: positives) avec une coloration au rouge congo positif évoquant une amylose de type non AA. Le syndrome néphrotique est secondaire à l'amylose rénale dans notre cas.

Discussion: Le schwannome est une tumeur solide rare généralement bénigne. En cas de malignité, elle peut s'associer à la neurofibromatose de Recklinghausen dans 40% des cas. La localisation au niveau de la huitième paire crânienne est la plus fréquente. Cette tumeur atteint les deux sexes l'âge des patients est entre 30-60ans. L'étude immuno-histochimique par le PS 100 confirme le diagnostic de schwannome chez notre patient associé à la coloration rouge Congo. L'excision totale de la tumeur constitue la meilleure option thérapeutique. En cas de malignité la radiothérapie ou la chimiothérapie sont peu efficaces, et les métastases sont hépatiques, pulmonaires, osseuses. Cette association: amylose et schwannome chez notre patient pourrait être la première dans la littérature.

Conclusion: Le schwannome est une tumeur rare, il est de bon pronostic dans

sa forme bénigne. Son diagnostic de certitude est immuno-histochimique avec la positivité du PS100.

P38

L'HEPATITE VIRALE C EN TRANSPLANTATION RENALE

Benasila S., Mattous. M. Benhima.F, Bekaoui S, Benamar.L, Rhou.H, Ouzeddoun.N, Bayahia.R, Ezzaïtouni.F. Service de Néphrologie – Dialyse – Transplantation rénale CHU Ibn Sina, RABAT - MAROC

Introduction: L'hépatite virale C (VHC) chez les receveurs de rein est responsable d'une morbidité-mortalité importante. Nous évaluons sa prévalence, ses facteurs de risque et son retentissement sur le pronostic de la transplantation à moyen et à long terme.

Patients et Méthodes: Nous avons analysé le profil sérologique du virus de l'hépatite C (VHC) par la technique ELISA chez 81 patients transplantés rénaux entre 1981 et 2009, suivis dans l'unité de transplantation rénale dans le service de néphrologie du CHU Ibn Sina de Rabat. Nous avons étudié la notion de transfusion sanguine en hémodialyse, la durée en hémodialyse, et la survenue de dysfonction du greffon dans deux groupes avec et sans VHC.

L'âge moyen était de 39 ± 14, 13 ans, avec un sex-ratio de 1.6. La sérologie du VHC était positive dans 22 cas (27, 2%). 15 patients parmi 22 étaient connus porteurs de VHC avant le greffe rénal. 11 s'agit de 13 hommes et 9 femmes dont l'âge moyen est de 46 ans. La PCR n'a pas été faite chez 5 patients, négative chez 9 patients, et positive dans 7 cas. La ponction biopsie du foie a été réalisée dans 50% des cas. On note un co-infection avec l'hépatite virale B chez 2 patients. Le mode d'épuration extra-rénale était l'hémodialyse. Le délai moyen de découverte de l'infection par le VHC chez les patients initialement séronégatifs est de 65 mois. En comparant les deux groupes infectés par le VHC, il ressort que la transfusion sanguine avant la greffe est plus importante chez le premier groupe (80% versus 45%). La fréquence du VHC est essentiellement déterminée par la durée en hémodialyse chronique qui était plus longue chez les patients VHC+ 4,5 ans versus 2,5 ans chez les VHC – (p = 0,005). La protéinurie est plus fréquente chez le groupe VHC + (32% versus 23%), et la clairance de la créatinine à 1 an est plus basse chez le groupe VHC + (14,23ml/mn versus 69,42ml/mn). On note que le groupe VHC + fait plus de rejet du greffon (50% versus 13%), avec une différence statistique significative. (p = 0,008).

Conclusion: La prévalence du VHC est élevée chez les transplantés rénaux. Elle est expliquée par ses modes d'hémodialyse et aux transfusions sanguines. Il faut traiter tous ces patients avant la greffe pour améliorer les chances de survie du greffon et du patient.

P39

L'INFECTION URINAIRE CHEZ LE TRANSPLANTE RENAL

Benasila S., Mattous. M. Benhima.F, Bekaoui S, Benamar.L, Rhou.H, Ouzeddoun.N, Bayahia.R, Ezzaïtouni.F. Service de Néphrologie – Dialyse – Transplantation Rénale CHU Ibn Sina, RABAT - MAROC

Introduction: L'infection urinaire est une complication fréquente après la transplantation rénale. Nous évaluons dans ce travail son incidence, ses facteurs favorisants et son impact sur la survie de greffon et du transplanté.

Matériel et Méthodes: Nous avons colligé 81 patients transplantés rénaux suivis dans l'unité de transplantation rénale au CHU Ibn Sina de Rabat de 1981 à 2009. Nous avons recueilli le nombre d'infections urinaires haute (compliquée) est définie par une uroculture positive avec un syndrome inflammatoire et/ou hospitalisation.

Résultats: Il s'agit d'une population de 81 transplantés rénaux, dont l'âge moyen est de 39 ± 14, 13 ans; 15 patients soit 18% ont présenté une infection urinaire haute nécessitant l'hospitalisation dont 73% qui sont survenues avant M3 Il s'agit de 8 femmes et 5 hommes (sex ratio 0.62). L'origine de l'insuffisance rénale est une néphropathie tubulo-interstitielle (NTI) chez 3 patients, et il y a présence d'un matériel étranger dans 27% des cas. Cliniquement il y a reflux vésicourétéral sur greffon ont été notés. L'E.coli représente le germe le plus fréquent de la flore (80%), suivi de Klebsiella (13%). Un patient a fait une pyélonéphrite sur Acinetobacter. In note deux cas de prostatite. Parmi ces 15 patients, 3 ont fait un rejet. Le traitement s'est basé essentiellement sur la C3G (60%). Quant aux infections urinaires dites «simples», 56% de tous les transplantés rénaux ont fait au moins un épisode au cours de leur suivi [1-18 épisodes/patient]. On retrouve E.Coli comme germe prédominant, et le traitement s'est basé sur les quinolones dans 39% des cas. On a note également 20% de bactériuries asymptomatique, qui n'ont pas nécessité de traitement. Le sexe féminin, la NTI comme néphropathie initiale, et la présence de complications urologiques type reflux vésicourétéral, tous ces paramètres sont plus fréquents chez les patients qui ont présenté une infection urinaire, par rapport aux patients qui n'ont jamais fait cette complication. En analyse univariée. Seul le sexe féminin est retenu comme facteur statistiquement significatif. (p=0.001).

Conclusion: L'infection urinaire représente la complication infectieuse majeure de greffe rénale. Elle doit être diagnostiquée précocement et traitée de façon adéquate afin d'éviter la perte du greffon.

P40

LES FACTEURS ETIOLOGIQUES DES COMPLICATIONS HEMATOLOGIQUES APRES TRANSPLANTATION RENALE.

Benasila.S., Mattous.M, Sabri.S, Mouram.H, Benamar.L, Rhou.H, Ouzeddoun.N, Bayahia.R, Ezzaïtouni.F

Service de Néphrologie – Dialyse – Transplantation Rénale

Introduction: les anomalies hématologiques dans les suites précoces de la transplantation rénale (TR) sont très fréquentes, nous essayons à travers ce travail d'identifier les facteurs étiologiques de ces complications, et leur retentissement sur le pronostic fonctionnel et vital du greffon.

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une étude retrospective ayant inclus 81 transplantés rénaux de 1981 à 2009, suivis dans l'unité de transplantation rénale au CHU Ibn Sina de Rabat. La TR est réalisée après une durée de dialyse variant de 2 à 276 mois. Pour

tous les patients nous avons relevé le taux d'hémoglobine à 1 mois de la TR à 6 mois, et à 12 mois ainsi que le taux de globules blancs et des plaquettes.

Résultats: L'anémie est définie par une Hb<12g/dl chez la femme et une Hb<13g/dl chez l'homme selon les recommandations.

De la Société Américaine de Transplantation. Elle est retrouvée chez 65% des patients à un mois de la TR, elle passe à 42% et 29,5% respectivement à 6 mois et à 12 mois et à 12 mois de la TR, avec une moyenne d'hémoglobine de 11,29±1,70g/dl à 1 mois, qui passe à 13,16±1,75g/dl à 12mois de greffe. L'année est corrigée dans 84% des cas, et sa correction est corrélée à l'amélioration de la fonction du greffon (p=0,047), entraînant une correction de l'hypertrophie ventriculaire gauche de façon significative. (p=0,047). Si on compare la population anémique, on retrouve une fréquence de rejet plus importante (26% versus 19%), et une carence en fer plus marquée chez la population anémique. Dans notre série on ne retrouve pas d'influence de MMF. Quatre patients ont fait une thrombopénie au cours de leur suivi, et 7 cas de leucopénie ont été notés soit 8,6% des patients. L'analyse des paramètres retrouve que ces deux anomalies sont rattachées à l'utilisation d'immunosuppresseurs en particulier la cyclosporine. (p=0.047). la prévalence de la polyglobulie est élevée (10% des cas), nécessitant des séances de saignées, l'utilisation d'antiagrégants plaquettaires et introduction d'IEC dans 4 cas.

Conclusion: les anomalies hématologiques sont fréquentes dans les suites précoces de la transplantation rénale, elles sont souvent transitoires et d'origine iatrogène, et leur correction est nécessaire pour améliorer la survie du greffon renal, et diminuer la morbidité cardio-vasculaire.

P41

ATERIOLOPATHIE UREMIQUE CALCIFIANTE (CALCIPHYLAXIE) CHEZ L'HEMODIALYSE CHRONIQUE: A PROPOS DE TROIS CAS

Benasila.S, Mpuram.H, Marty.LÇ, Oszeddoun.N, Rahou.H, Ezaitouni.F, Bayahia.R, Benamar.L

Service de Néphrologie – Dialyse – transplantation Rénale. CHU ibn Sina, rabat Maroc

Service de Néphrologie – dialyse. CH Antoine Gayraud. Corcaissonne. France
Introduction: la calciphylaxie est une étiologie rare d'ulcères cutanés nécrotiques survenant chez l'hémodialysé chronique. Elle est secondaire à des appositions calciques au niveau de l'intima des artérioles, entraînant des lésions de nécrose ischémique. Nous rapportons trois observations de patients qui illustrent les présentations cliniques et paracliniques de la maladie, ainsi que les possibilités thérapeutiques.

Matériel et Méthodes: Cas clinique n°1: une femme de 49 ans, obèse, aux antécédents de diabète insulino-requérant, hystérectomie, hémodialysée chronique sur une polykystose rénale, porteuse d'une cardiopathie ischémique, sous anti-vitamine K (AVK). Elle présente une induration sous cutanée très douloureuse du pannicule adipeux abdominal. Le bilan trouve:Ca=97mg/l, Ph=80mg/l, PTHi = 628pg/ml. le deuxième est un homme de 72 ans, hémodialysé chronique sur néphropathie diabétique, hypertendu, qui a une cardiopathie ischémique et un trouble de rythme sous AVK. Il présente un sepsis sévère à point de départ des nécroses cutanées extensives des membres inférieurs; au bilan PTHi = 833pg/ml, Ca = 104mg/l, Ph=56mg/l. Le 3e cas clinique c'est celui d'une femme de 59 ans, hémodialysée sur néphropathie diabétique, hypertendue, avec une cardiopathie ischémique, qui présente des lésions nécrotiques de la face antérieure de la cuisse droite à l'origine d'un sepsis sévère. Au bilan PTHi: 1000 pg/ml; Ca: 77mg/l; Ph: 62mg/l. Le diagnostic de calciphylaxie est retenu après avoir éliminé toutes les causes de nécrose cutanée.

Résultats: Dans les trois cas, le traitement a consisté en parage des plaies, une antibiothérapie locale et générale, une correction des désordres phosphor-calciques, et l'administration de thiosulfate de sodium. L'évolution a été favorable pour deux patients, et fatale pour la troisième. On a noté une récurrence de la maladie dans un cas. (cas n°1)

Conclusion: Le pronostic de la calciphylaxie est sombre et due essentiellement aux complications infectieuses. Les facteurs de risque qui présentaient nos patients sont l'obésité, l'hyperparathyroïdie, le diabète, l'utilisation d'AVK. Le traitement est préventif et passé par l'éviction des facteurs déclenchants et la réclenchants et la régulation du bilan phosphocalcique.

P42

TUMEUR BRUNE, A PROPOS D'UN CAS B. Boudida, S.LOKO, H. Rhou, F.Ezaitouni, N.Ouzeddoun, R.Bayahia, L. Benamar.Néphrologie, dialyse et transplantation Rénale, CHU Ibn Sina Rabat, Maroc

Introduction: La tumeur brune est un processus ostéolytique bénin secondaire à une hyperparathyroïdie avancée. Son incidence dans l'hyperparathyroïdie secondaire est en baisse grâce à une prise en charge précoce de cette complication. La localisation au niveau des membres inférieurs ne représente que 10% de l'ensemble des tumeurs brunes.

Observation: nous rapportons un cas de tumeur brune au niveau des 2 tibias, dans le dôme de la cavité d'une hyperphosphorémie secondaire. Il s'agit de Mr A.Y. âgé de 32 ans, hémodialysé chronique sur néphropathie de reflux depuis 10 ans à raison de 2 fois par semaine. Le patient présente en 2001 une hyperparathyroïdie secondaire sévère avec biologiquement une PTH à 983pg/ml et radiologiquement une déminéralisation osseuse diffuse et résorption des houppes phalangiennes. Devant l'absence d'amélioration sous traitement médical (carbonate de calcium et alfacalcidol), une échographie cervicale est réalisée. Elle met en évidence une hyperplasie parathyroïdienne basale droite et gauche. Une parathyroïdectomie (PTX) est alors proposée au malade mais celui-ci refuse tout geste chirurgical. L'évolution est marquée par l'aggravation de l'hyperparathyroïdie (PTH à 3500pg/ml en novembre 2008) avec apparition de douleurs osseuses invalidantes au niveau des 2 genoux. Une radiographie des genoux révèle 2 images lacunaires au niveau des tibias gauche et droit de 4 cm et 2cm respectivement. La scintigraphie parathyroïdienne détecte l'hyperplasie des 2 parathyroïdes inférieures. Devant le contexte d'hyperparathyroïdie secondaire ancienne non contrôlée, le diagnostic de tumeur brune est fortement suspecté et aucune biopsie osseuse à visée diagnostique

n'est réalisée. Une PTX subtotale, après consentement du malade, est réalisée en 2008. L'évolution est marquée par une amélioration rapide des douleurs puis des lésions radiologiques. Actuellement, on note une disparition des lésions osseuses.

Conclusion: Les tumeurs brunes, bien que rares actuellement, doivent être évoquées en premier devant toute masse osseuse ou lésions radiologiques chez l'hémodialysé chronique. La PTX est l'alternative de choix pour le contrôle des tumeurs brunes lorsque le traitement médical s'avère insuffisant. L'encision chirurgicale de l'os n'est indiquée que dans les formes compliquées de tumeurs brunes ou dans les formes régressant pas après PTX.

P43

HEMODIALYSE ET INSUFFISANCE RENALE OBSTRUCTIVE (IRO) A PROPOS DE 30 CAS

Quali J.(1); Ben Rhouma.S (2); Smaoui W(1); Krid M(1); Raies L(1); Ben Fatma L(1); Béji S(1); Zouaghi K(1); Noura Y(2); Ben Moussa F(1)

(1) Service de néphrologie CHU La Rabta Tunis (2) Service d'urologie CHU La Rabta Tunis

Introduction: L'obstacle urinaire est une cause fréquente d'IRA, d'étiologie multiple et peut nécessiter l'hémodialyse en urgence de façon programmée.

Matériels et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les malades qui ont été hospitalisés au service d'urologie durant 2010 pour IRO et nécessité l'hémodialyse.

Résultats: Il s'agit de 30 patients, soit 7% du nombre de nouveaux patients dialysés durant la période d'étude, le sexe ratio est de 4 H/F, l'âge moyen est de 68 ans avec des extrêmes allant de 29 à 83 ans. L'obstacle sur les voies urinaires est tumoral dans 10 cas, lithiasique dans 10 cas, un adénome prostatique dans 6 cas, infectieux dans 3 cas, une uropathie malformative dans 2 cas. 22 patients ont eu une séance d'hémodialyse en urgence et 8 patients ont eu une séance d'hémodialyse programmée. L'indication d'une séance d'hémodialyse était l'hyperkaliémie dans 14 cas, l'acidose métabolique dans 12 cas, l'urémie dans 10 cas, la transfusion en préopératoire dans 1 cas et l'POAP dans 2 cas. La séance d'hémodialyse était bien chez 26 patients, 2 patients ont présenté une hypoglycémie, un seul patient a présenté une insuffisance coronarienne et un autre patient a présenté un hématoème au point de ponction fémoral. Parmi ces patients, 8 patients ont été opérés, 12 patients ont eu un drainage des voies urinaires et 10 patients n'ont pas été opérés. 12 patients ont eu un drainage des voies urinaires et 10 patients n'ont pas été opérés. 14 patients ont eu une insuffisance rénale chronique, 2 patients ont repris une fonction rénale normale, l'unique patient est passé en hémodialyse chronique, 2 patients sont décédés et 8 patients sont perdus de vue.
Conclusion: L'IR obstructif est une cause fréquente d'IRA nécessitant l'hémodialyse en urgence ou de façon programmée avant une éventuelle intervention chirurgicale. Les indications à une séance d'hémodialyse sont dominées par l'hyperkaliémie et l'acidose métabolique. La tolérance de la séance d'hémodialyse dépend essentiellement de l'âge du patient, son état général, des tares associées et du degré de l'anémie.

P44

INSUFFISANCE RENALE AIGUE CHEZ LE SUJET AGE, PROFIL EPODERMILOGIQUE ET CLINIQUE: A PROPOS DE 11 OBSERVATIONS

RAIS L., Dridi A, Laabidi M, Benfathma L, Krid m,Smaoui W, Ben Maiz H, Béji S, Zouaghi K, Ben Moussa.F

Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale. Hôpital La Rabta, Tunisie. *Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale LR 00 SP 01. Hôpital Charles Nicolle, Tunis –Tunisie

Introduction: Les pathologies rénales sont de plus en plus lapanage de sujet âgé du fait de l'espérance de vie. L'insuffisance rénale aigue (IRA) du sujet âgé est particulièrement due au fait de l'intrication du vieillissement physiologique de la fonction rénale d'une part et du retentissement de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA) ou les pathologies obstructives urologiques d'autre part.

Matériels et Méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive du profil épidémiologique et clinique du sujet de plus que 65 ans hospitalisé dans un service de Néphrologie pour IRA entre Mai 2007 Mars 2009.

Résultats: Parmi 426 malades hospitalisés au cours de cette période nous avons recensé 68 sujets âgés de plus que 65 ans. Le diagnostic d'IRA a été retenu chez 11 malades d'entre eux soit 16%. L'âge moyen était de 74 ans [65 – 81 ans]. Le sexe ratio H/F était de 1, 2. La médiane du nombre d'antécédents pathologiques/malade était de 3[1-6]. la médiane du score de co-morbidité (score de Charlson) était de 4 avec un pourcentage de survie à 10 ans de 53%. Six malades (54%) avaient des antécédents néphrologiques, avec néphropathie vasculaire, néphropathie diabétique et néphropathie chronique non étiquetée dans respectivement 1,2 et 3 cas. La médiane de la durée d'hospitalisation dans le service était de 15 jours [8-56 jours]. L'IRA était d'origine médicamenteuse dans cinq cas (45%). Les médicaments incriminés étaient respectivement: la metformine, l'allopurinol, les fibrates, l'association inhibiteur de l'enzyme de conversion et diurétique et enfin l'association gentamycine et produit de contraste iodé. L'IRA était en rapport avec une déshydratation dans 3 cas (27%) et en rapport avec infection dans 2 cas (18%). Un TURP syndrome était noté chez un patient. La valeur médiane de la créatinine au moment de l'admission était de 640 µ mol/l [150-956 µ mol/l]. six patients (54%) avaient nécessité le recours à une hémodialyse en urgence dont un avait été mis en hémodialyse périodique. Sept malades avaient gardé une insuffisance rénale chronique.

Conclusion: les stratégies diagnostiques et thérapeutiques de l'IRA chez le sujet âgé consistent à corriger sans délai les états de déshydratation et d'hypovolémie de diagnostiquer et de traiter les infections intercurrentes. Quant à la néphrotoxicité, la meilleure stratégie reste préventive. En effet, il est important d'apprécier la fonction rénale avant de prescrire un médicament à élimination rénale et de contrôler la fonction rénale en cas de prescription de médicaments potentiellement néphrotoxiques.

P45

ATTEINTE RENALE AU COURS DE LA BETA-THALASSEMIE A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Rais L., Aridhi S, Ben Fatma L, Touati D., Krid M, Smaoui W, Ben Maiz H*, Zouaghi K, Béji S, Ben Moussa F. Service de Néphrologie- Dialyse- Transplantation Rénale. Hôpital la Rabta, Tunis – Tunisie. *Laboratoire de Recherche en pathologie Rénale LR 00 SP 01. Hôpital Charles Nicolle, Tunis – Tunisie

Introduction: La bêta thalassémie est une hémoglobinopathie fréquente en Tunisie. Elle est la conséquence d'un défaut de synthèse des chaînes de globine de type bêta. L'atteinte rénale est rare au cours de cette maladie et reste l'apanage des formes les plus sévères. Nous rapportons le cas d'une glomérulonéphrite proliférative endocapillaire pure survenant chez un malade atteint d'une bêta thalassémie majeure. **Observation:** patient âgé de 17 ans, originaire du Nord de la Tunisie, suivi depuis l'âge de 4 ans pour une bêta-thalassémie majeure, splénectomisé à l'âge de 6 ans et polytransfusé à raison d'une fois par mois, a été hospitalisé pour exploration d'un syndrome néphrotique impur par l'hématurie et l'hypertension artérielle précédée par la survenue d'une angine un mois auparavant. L'examen physique a objectivé un général conserve, pâleur cutanéomuqueuse, œdèmes des membres inférieurs, TA à 16/10 cm Hg, souffle systolique au foyer mitral, diurèse des membres inférieurs, TA à 16/10 cm Hg, souffle systolique au foyer mitral, diurèse conserve avec aux bandelettes réactives protéinurie +++, hématurie ++, PH à 6.A la biologie: protéinurie de 24^h 6,18 g, protidémie 64 g/l, albuminémie 36 g/l, syndrome inflammatoire biologique avec VS 90 mm lère H, CRP 43 mg et hyper-gammaglobulinémie d'allure polyclonale à 24,5 g/l, cholestérolémie à 1,36 g/l, triglycéridémie 0,94 g/l, anémie normochrome normocytaire à 7,9 g/dl, créatininémie 52,8 µ mol/l avec une clearance à 135,1 ml/min, Na+ 137 mmol/l, K+ 4,8 mmol/l, Cl 108 mmol/l, calémie 98 mg/l, phosphorémie 48 mg/l. Au bilan immunologique fraction C3 du complément consommé à 0,23 g/l, fraction C4 normal et ANN négative. Une échographie rénale a objectivé des reins dédérérenciés de taille normale. Devant ce tableau, une biopsie rénale pratiquée a permis de mettre en évidence une glomérulonéphrite proliférative endocapillaire pure avec des dépôts granuleux de C3. L'évolution était favorable sous restriction hydro-sodée et diurétique des l'anse associés à un traitement néphroprotecteur à base d'inhibiteur de l'enzyme de conversion.

Discussion: L'atteinte rénale au cours des bêta-thalassémies est rare et reste l'apanage des formes les plus sévères de la maladie. Il peut s'agir d'acidose turbulente proximale ou distale due à des lésions par dépôt d'hémoglobine, d'insuffisance rénale aiguë par toxicité due au chélateur du fer (Desferal®) et de glomérulonéphrite essentiellement endocapillaire comme c'est le cas de notre malade et plus rarement d'une hyalinose segmentaire et focale.

Conclusion: L'atteinte rénale au cours de la bêta-thalassémie est rare mais doit être connue vu la fréquence élevée de cette maladie dans notre pays.

P46

ATTEINTES RENALES AU COURS DE LA MALADIE DE CROHN: RESULTATS D'UNE ETUDE PROSPECTIVE – A PROPOS DE 100 MALADES.

Chaouch B. D., Rais L., Kallel L*, Ben Fatma L, Béji S, Krid M, Smaoui W, Zouaghi K, Ben Maiz H**, Filali A*, Ben Moussa F. Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale. Hôpital La Rabta, Tunisie. Service de Gastro-Entérologie A. Hôpital La Rabta, Tunis – Tunisie

**Laboratoire de Recherche en Pathologie LR 00 SP 01. Hôpital Charles Nicolle, Tunis – Tunisie

Introduction: L'atteinte rénale constitue une des manifestations extra-digestive rare de la maladie de Crohn (MC). Sa fréquence varie de 4 à 23% selon les études. Elle revêt plusieurs aspects allant de la simple anomalie urinaire à la néphropathie et l'insuffisance rénale.

Objectif: Ce travail a pour objectif de préciser la fréquence de l'atteinte rénale au cours de la MC grâce à un dépistage systématique et d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et histologiques des manifestations rénales au cours de la MC.

Matériels et Méthodes: Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans un service de gastro- Entérologie A sur une période de 24 mois ayant intéressé 100 malades atteints d'une MC chez qui un systématique de l'atteinte rénale a été réalisée.

Résultats: Il s'agit de 62 femmes et 38 hommes âgés en moyenne de 36 ans [18- 62 ans], l'évolution médiane de la MC était de 3,5 ans [14 jours -32 ans]. La MC était iléo-colique et ano-périnéale isolée dans respectivement 80%, 19% et 1% des cas avec une forme inflammatoire, fistulisante, sténosante, et fistulisante dans respectivement 47%, 18%, 18% et 15% de cas. Les manifestations ano-périnéales étaient retrouvées dans 47% des cas avec abcès ano-périnéaux, fistules ano-périnéales productives et fissures ano-périnéales dans respectivement 36%, 35% et 20% des cas. Les manifestations extra-digestives étaient observées dans 59% des cas, répartis en manifestations articulaires, cutanées, hépatiques et oculaires respectivement dans 76%, 27%, 8% et 7% des cas.

Des anomalies urinaires étaient objectives dans 63% des cas. Il s'agissait d'une hématurie microscopique dans 4,5% des cas, d'une protéinurie aux bandelettes réactives dans 14% des cas, d'un pH alcalin dans 8% des cas et d'une hyposthénurie dans 3% des cas. Les dosages pondéraux a objectivé une micro-albuminurie dans 38% des cas et une macro-protéinurie dans 21% des cas. Les diagnostics retenus étaient une amylose rénale dans 7 cas, une glomérulonéphrite extra-membraneuse dans 1 cas, une néphropathie indéterminée dans 3 cas et des lithiases urinaires dans 10% des cas.

Conclusion: Au vu des résultats de cette étude, l'atteinte rénale n'est pas rare mais sans doute sous-estimée. Le dépistage par la recherche d'anomalies urinaires à la bandelette réactive doit-être systématique au cours du suivi de ces malades.

P47

RETOUR EN DIALYSE APRES TRANSPLANTATION RENALE ELHARRAQUI R, MOURAM H,ZNIBER A., ELBADAOUI G.,

BENAMAR L, OUZEDDOUN N., BAYAHIA R., EZAITOUNI F, Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale CHU Ibn Sina, RABAT. MAROC

Introduction: Le retour en dialyse est une issue de plus en plus fréquente de la transplantation rénale et cela malgré le succès de la greffe; cependant, les données relatives à celui-ci sont insuffisantes.

Matériels et Méthodes: Notre travail consiste en une étude rétrospective portant sur les patients transplantés ou suivis au service de Janvier 1981 à Décembre 2010.

Nous avons évalué le type de donneur, tous les paramètres démographiques, cliniques, et évolutifs des receveurs, ainsi que les conditions de retour en dialyse.

Résultats: Sur les 76 patients colligés, 8 patients sont retournés en dialyse, soit une prévalence de 10,5%. Six d'entre eux ont été orientés vers l'hémodialyse (HD) et deux vers la dialyse péritonéale (DP), avec un sexe ratio était de 0,6 et l'âge moyen était de 40,62 ± 9,73 ans. La néphropathie initiale était dans 37,5% des cas une glomérulonéphrite chronique, dans 25% des cas un reflux vésico-urétral, dans 12,5% des cas une vasculite, une polykystose rénale ou encore une cause indéterminée. Pour le type de greffe, 71,4% de ces patients ont été transplantés par rein de donneur vivant apparenté et 28,6% par rein de donneur en état de mort encéphalique. L'échec de la transplantation a été décrété après un délai moyen de 107,37 ± 74,46 mois sur la base des résultats de la Ponction Biopsie de Greffon qui a objectivé une néphropathie chronique d'allogreffe dans 75% des cas et un rejet chronique de greffon dans 25% des cas. Pour tous les patients, le retour en dialyse a pu être programmé à froid, à partir d'une clairance moyenne de 14,44 ml/min/1,73 m² SC (MDRD) et de 10,14 ml/min/1,73 m² SC (Cockcroft). Tous les patients étaient traités par HD périodique avant la greffe rénale et donc disposaient d'une fistule artérioveineuse fonctionnelle au moment du retour en dialyse; les deux patients ayant opté pour la DP ont bénéficié de la pose d'un cathéter de Tenckhoff mais après 8 mois, l'un d'entre eux a été reconduit vers l'HD pour péritonites itératives.

Conclusion: Si le suivi régulier de notre population de transplantés rénaux nous a permis d'éviter la reprise de la dialyse dans des conditions catastrophiques d'urgence, il n'a cependant pas permis de diminuer l'incidence en soi de cette complication. Les progrès constants réalisés en terme de traitement immunosuppresseur n'ont pas permis de réduire à néant la survenue du rejet chronique du greffon qui constitue le lit de la néphropathie chronique d'allogreffe.

P48

HEMORRAGIE MENINGEE COMPLIQUANT LA PRISE D'ERYTHROPOIETINA RECOMBINANTE HUMAINE EN HEMODIALYSE: A PROPOS D'UN CAS

Ben Kaab B.I, Touati DI, Smaoui SI, Krid MI, Rais LI, Ben Fatma LI, Ben Maiz H2, Béji SI, Zouaghi KI, Ben Moussa FI. 1. Service de Néphrologie, Hôpital la Rabta. 2. Laboratoire de Pathologies Rénale LR 00 SP 01. Tunis, Tunisie.

Introduction : L'anémie est l'une des principales complications de l'insuffisance rénale chronique (IRC) et constitue un facteur de risque cardio-vasculaire. L'Erythropoïétine Recombinante (EPO), introduite depuis 15 ans dans la pratique clinique, a permis d'améliorer la prise en charge de l'anémie chez le patient insuffisant rénal chronique tout en respectant les modalités de prescription et de surveillance. Nous allons illustrer l'observation d'une patiente ayant eu une hémorragie méningée suite à la correction rapide d'une anémie par de l'EPO.

Observation: Mme C.T âgée de 65 ans, diabétique, hypertendue, insuffisance rénale chronique en hémodialyse depuis Janvier 2008. La symptomatologie a commencé dans les suites d'une séance d'hémodialyse, marquée par l'installation brutale d'une céphalée occipitale intense avec vomissements en jet. A l'examen, patiente était fébrile à 38,2°C, somnolente, ayant une raideur de la nuque en fin de course, TA à 130/80 et l'examen neurologique était normal. Une TDM cérébrale pratiquée est revenue normale; une méningite a été suspectée et une ponction lombaire a été pratiquée montrant un liquide céphalo-rachidien clair avec présence de 10 leucocytes/mm³, 900 hématies/mm³, une chimie normale et une culture négative. La biologie a objectivé une hémoglobine à 12,9 g/dl, une hématoctrite à 38% sans hyperleucocytose et une CRP négative. Une hémorragie méningée sous forme d'épistaxis méningée a été retenue. Comme enquête étiologique, on a complété par une angiographie cérébrale qui s'est révélée sans anomalie et en revoyant son traitement, on a noté l'introduction récente de l'EPO depuis 1 mois à la dose de 6000 UI par semaine avec hémoglobine de base à 9 g/dl. L'étiologie retenue donc était la correction rapide de l'hémoglobine induite par l'EPO (> 2 g/dl en 1 mois).

Conclusion : L'utilisation de l'EPO chez le dialysé chronique est sûrement nécessaire pour améliorer sa qualité de vie mais il faut toujours contrôler à temps les paramètres de surveillance à fin de mieux adapter les doses et éviter les complications.

P49

ACUTE PULMANARY OEDEMA IN CHRONIC DIALYSIS PATIENTS ADMITTED INTO INTENSIVE CARE UNIT Halle M P, Ridet C, Hertig A, Kengne AP, Ashuntantang G, Rondeau E

Department of Internal Medicine, General Hospital of Douala, Cameroon Nephrology Intensive Care and Transplantation Unit, Tenon Hospital of Paris, France

Background: Acute pulmonary oedema (APO) in patients undergoing chronic dialysis (CD), a common cause of hospital admission in the population is poorly documented.

Objectives: To determine the causes, profile, clinical course and outcomes of acute pulmonary edema in CD patients admitted to an intensive care unit (ICU).

Methods: Medical files of all CD patients admitted to the nephrology ICU of the Tenon Hospital from January 2000 to December 2007 for APO were considered. Data collection included patients' characteristics, etiologic factors for chronic renal failure and co-morbidities, past history of APO, precipitation factors, clinical evolution and outcomes.

Results: of the 112 files considered, 102 (65% men) were included in the final analysis. Patients were aged 20 to 88 years, had been dialyzed for a median duration of

dialysis of 2 years, and 38% had a past history of APO. Hypertension (36.3%), chronic glomerulonephritis (25.5%) and diabetes mellitus (17.6%) were the main etiologic factors of chronic renal failure. Acute pulmonary infection (26%), excessive interdialytic weight gain, (25%), and inappropriate dry weight prescription (23%) were the leading causes of APO. The duration of hospitalization was <4 days in 60% participants. Nine deaths (4 being of cardiac origin) were recorded. Being referred from another hospital service was the main predictor of death.

Conclusion: APO, fuelled in part by chest infection, excessive interdialytic weight gain and inappropriate dry weight is an important cause of hospitalization of CD patients in this service. Mortality is high among those referred from other services usually in critical condition.

Key words: acute pulmonary, edema, chronic dialysis, intensive care unit, outcome.

P50

NECROSE TUNULAIRE AIGUE POST-HEMOLYTIQUE REVELANT UNE DEFICIENCE EN GLUCOSE-6-PHOSPHATE DESYDROGENASE CHEZ UN ADULTE

Dridi.A., Rais.L., Ben fatma. L., Béji. S., Krid. M., Smaoui.W, Ben Maïz. H*, Zouaghi. K.Ben Romdhane. N, Ben Moussa.F.**

Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation rénale. Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

***Laboratoire de Recherche re Pathologie Rénale LR 00SP, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.**

**** Service d'Hématologie. Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.**

Le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) couramment appelé favisme est le déficit enzymatique le plus répandu dans le monde, Il est surtout retrouvé chez les personnes originaires d'Afrique, d'Inde, du bassin méditerranéen, du Moyen-Orient et du sud-est de l'Asie. Sa répartition est proche de celle du paludisme. La crise hémolytique aigue due à ce déficit nécessite l'intervention d'un agent précipitant médicamenteux, toxique ou infectieux. Ses principales complications sont le choc septique et l'insuffisance rénale aigue (IRA).

Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 58 ans sans antécédents pathologiques hospitalisés pour insuffisance rénale aigue oligo-anurique. L'interrogatoire révèle des antécédents familiaux de favisme et une symptomatologie survenant après la consommation d'un repas riche en fève faite d'asthénie, de douleurs lombaires avec réduction de la diurèse et urines foncées. L'examen physique trouve un état général altéré, un ictere cutanéomuqueux, une tachycardie régulière à 100 bat/mn, une oligo-anurie avec un labstix: Hm +++; Pr + et PH à 5.

A la biologie, une anémie macrocytaire régénérative avec un taux d'hémoglobine à 6 g/dl avec présence de corps de Heinz, des leucocytes à 10300 éléments/mm³, une bilirubine totale: 27 mg/l, LDH: 626 UI/l, créatinémie: 100mg/l, urée: 3, 13 g/l et une acidose métabolique. Le déficit en G6PD a été évoqué devant les antécédents familiaux de favisme; l'anémie hémolytique d'installation brutale après la consommation d'un repas riche en fève. Le dosage spectrophotométrique de l'enzyme a objectivé une activité enzymatique diminuée avec un taux à 2.5 UI/g d'Hb [NL 6.6 ± 1.34 UI/g d'Hb].

Le traitement a nécessité le recours à l'épuration extra rénale pendant la phase aigue le patient a par ailleurs reçu des diurétiques et de l'acide folique. L'évolution était favorable avec récupération d'une fonction rénale normale.

Le déficit en G6PD est une affection héréditaire liée au sexe qui se voit essentiellement chez l'enfant sa découverte à l'âge adulte reste rare. Dans la majorité des cas les sujets porteurs de ce déficit sont asymptomatiques et la crise hémolytique aigue se déclenche à l'occasion d'infection ou suite à l'exposition à des agents oxydants alimentaires ou médicamenteux. Dans cette observation le déficit en G6PD a été révélé à l'âge de 58 ans par une insuffisance rénale aigue. L'atteinte rénale est rare, elle est l'apanage de crise hémolytique sévère et réalise dans sa forme typique une nécrose tubulaire aigue par hémoglobinurie. Le déficit enzymatique est confirmé par le dosage spectrophotométrique de l'activité G6PD. Le pronostic est habituellement favorable moyennant un traitement adéquat des troubles hydro-électrolytiques et métaboliques liés à l'insuffisance rénale.

Le traitement reste préventif basé sur l'éviction des agents oxydants alimentaires et médicamenteux et dont la liste doit être remise au porteur du déficit.

P51

HYALINOSE SEGMENTAIRE ET FOCALE AU COURS DE LA MALADIE DE VAQUEZ

Dridi.A, Ben Fatma. L.Rais., L.Bouyahia. G.Krid. M, Smaoui. W, Ben Maïa. H*, Béji. S, Ben Romdhane. N, Zouaghi. K, Ben Moussa. F.**

Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale. Hôpital La Rabta, Tunis-Tunisie.

Introduction: La maladie de Vaquez (MV) appelée encore polyglobulie primitive est un syndrome myéloprolifératif caractérisé par une production excessive d'érythrocytes entraînant une polyglobulie dont le risque majeur à court terme est la thrombose. Les complications tardives sont la myélofibrose et la transformation en leucémie aigue. L'atteinte rénale au cours de la maladie de Vaquez n'est pas habituelle. Elle a été rarement décrite dans la littérature.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 63 ans aux antécédents d'hypertension artérielle connue depuis un an sous Nifédipine et Captopril suivie depuis 3 ans au service d'hématologie pour MV sous Hydroxyurée (1 gramme/jour) admise dans le service de néphrologie pour œdème et protéinurie apparus 3 ans après le diagnostic de la MV. A l'admission la patiente rapporte des signes d'hyperviscosité: céphalées, hypoacousie et flou visuel. L'examen clinique note une érythrose des pommettes et une cyanose des lèvres. La TA=14/8 cm de Hg. Il existe des œdèmes des membres inférieurs de type rénal et l'examen des urines par les bandelettes réactives révèle 3 x de protéinurie sans hématurie. A la biologie l'hémoglobine est de 16 g/dl, un hématoctrite de 46,8% avec un VGM=62μ³ et une thrombocytose à 891000 e/mm³. La créatinine sérique est à 18 mg/l et la clairance de la créatinine à 33 ml/min, une hypoalbumine à 29g/l avec une protéinurie à 3 g/24h. La ponction biopsie rénale montre des lésions de hyalinose segmentaire et focale (HSF). Sur le

plan thérapeutique, la patiente a été maintenue sous Hydroxyurée et le traitement par inhibiteurs de l'enzyme de conversion a été renforcé.

Discussion : Au cours de la MV, l'atteinte rénale est rarement rapportée dans la littérature. Il s'agit de HSF et de néphropathie à IgA. La HSF qui représente 15% de l'ensemble des glomérulopathies chroniques peut être idiopathique ou secondaire à une réduction néphronique ou associée à des infections virales ou induite par des substances toxiques ou être familiale. Au cours de la MV, l'association avec une HSF confirmée histologiquement a été rapportée dans 7 cas seulement dans la littérature. L'âge moyen au moment de la biopsie rénale chez ces patients est de 60 ans. La néphropathie a été diagnostiquée 4 ans après la découverte de la polyglobulie. Quatre patients étaient néphrotiques et chez qui on a eu recours à la corticothérapie et aux agents immunosuppresseurs afin de ralentir la progression de l'insuffisance rénale. Notre patiente est âgée de 63 ans au moment de la biopsie rénale. La HSF est alors diagnostiquée 3 ans après la découverte de la maladie de Vaquez. Sa fonction rénale est stable et la protéinurie est modérée sous inhibiteur de l'enzyme de conversion. On a insisté sur une bonne observance du traitement afin de maintenir l'hématocrite à des taux corrects.

Les hypothèses étiopathogéniques impliquent les modifications hémodynamiques observés au cours de la maladie de Vaquez tels que la vasodilatation des vaisseaux rénaux et l'augmentation du débit sanguin rénal qui seraient responsables de la glomérulosclérose.

Conclusion : Malgré la rareté des néphropathies au cours de la maladie de Vaquez, une surveillance régulière afin de détecter une éventuelle atteinte rénale est recommandée afin de préserver au mieux la fonction rénale. La baisse de l'hématocrite, le contrôle de l'HTA par des molécules néphroprotectrices telles que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, l'instauration d'une corticothérapie et d'un traitement immunosuppresseur chez les patients néphrotiques pourraient ralentir la progression de l'insuffisance rénale

P52

ANURIE AIGUE POST TRAUMATIQUE REVELATRICE D'UNE STENOSE URETERALE BILHARZIENNE. FONGORO. S, DIALLO D, SOUMARE I, TOUNKARA, SY. S.

Service de Néphrologie et d'Heamodialyse du CHU du Point-G, Bamako, Mali

Au cours du mois de janvier 2010 un adulte a été hospitalisé pour anurie, survenue après un accident de la voie publique. L'examen était sans particularité. L'échotomographie a objectivé une importante dilatation urétéro-pyélocalicelle. La tomodométrométrie a révélé une calcification massive des deux uretères pelviens dont l'origine bilharzienne a été confirmée par une sérologie bilharzienne positive.

Chez ce malade, les lésions urétérales bilatérales ont provoqué une insuffisance rénale aigue d'origine obstructive.

L'atteinte parenchymateuse rénale n'étant pas encore arrivée au stade des lésions irréversibles, la réimplantation urétéro-vésicale bilatérale a permis au malade de retrouver sa fonction rénale totalement.

Mots clés: choc traumatique, sténose urétérale, insuffisance rénale aigue, réimplantation urétéro-vésicale.

P53

EVALUATION DE LE PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE TERMINALE (IRCT) PAR HEAMODIALYSE DANS LE SERVICE DE NEPHROLOGIE ET D'HEAMODIALYSE DU CHU DU POINT G. FONGORO. S, DIALLO D, SOUMARE I, DAIRRA M., TRAORE H., DJIGUIBA K., TANGARA M., MAIGA MK.

Service de Néphrologie et d'hémodialyse de CHU de Point-G, Bamako, Mali

Objectif: Décrire l'état épidémiologique de l'IRCT au Mali.
Population et Méthode: Etude descriptive transversale réalisée sur les patients atteints d'IRCT, qui ont débuté leur première séance d'hémodialyse chronique entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2008. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et l'analyse a été faite sur SPSS 12.0 avec p ≤ 0, 05

Résultats: Cinquante neuf patients sur 198 recensés au cours de l'étude (30%) ont été recrutés. Le sex-ratio était de 1, 36 en faveur des hommes. L'âge moyen était de 41 ans et 71, 18% avaient un âge < 46 ans. La néphropathie vasculaire était la principale étiologie (44, 10%). Le suivi néphrologique était < 4 mois chez 54,20%, et 81,40% des patients ont été prise en urgence avec un débit de filtration glomérulaire < 5ml/min. L'insuffisance cardiaque congestive (62,71%), l'infection urinaire (61%) et l'anémie sévère (56%) étaient les facteurs de co-morbidité. La survie globale était de 64%.

Conclusion : L'hémodialyse reste le seul traitement de l'IRCT au Mali malgré le nombre croissant de malade.

Mots Clés : IRCT, hémodialyse chronique, suivi néphrologique, survie globale.

P54

EVALUATION DE COUT DES MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES MEDICAMENTS DELIVREES PAR LA PHARMACIE HOSPITALIERE A L'UNITE D'HEMODIALYSE DU CHU DU POINT G. FONGORO S., COULIBALY S., DIALLO D., TRAORE K., TRAORE H., DJIGUIBA K., TANGARA M., MAIGA MK.

Service de Néphrologie et D'hémodialyse de CHU de Point-G. Pharmacie hospitalière, Bamako, Mali.

Objectif: L'étude a évalué le coût des médicaments et consommables médicaux délivrés par la pharmacie hospitalière.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du 1^{er} juin 2008 au 30 juin 2009. Elle a analysé tous les bons de commande émis par l'unité d'hémodialyse, ainsi que toutes les séances de dialyse réalisées durant la période d'étude. Le coût de médicament et consommable médicaux était obtenu en multipliant la quantité de produits demandés par le prix unitaire (prix d'achat) du produit.

Résultats: Douze (12) consommables médicaux et dix-huit (18) médicaments ont

été délivrés en cession par la pharmacie hospitalière à l'unité d'hémodialyse. Le coût des besoins exprimés s'élevait à cinq cents onze millions quatre cents quatre vingt treize mille deux cents francs CFA (511 493 216 F CFA). Ces besoins ont été satisfaits à 89% soit quatre cents cinquante cinq millions neuf cents cinq mille cent quatre vingt dix sept francs CFA (455 905 197 F CFA).

Conclusion: Le coût des médicaments et consommables médicaux délivrés en cession est en nette augmentation concernant l'unité d'hémodialyse. La crainte de voir s'installer une dégradation de tout le système de gestion persiste depuis l'acquisition jusqu'à la distribution des produits.

Mots clés: Médicaments, consommables médicaux, coût, unité d'hémodialyse

P 55

ABDOMEN AIGU CHEZ UN MALADE HEMODIALYSE: SONGEZ A L'ABCES AMIBIEN DU FOIE. FONGORO. S; DIALLO.D; SOUMARE. I; TOUNKARA. A; SY. S; SIDIBE M; MAIGA. MK. Service de Néphrologie et d'hémodialyse de CHU point-G, Bamako, Mali

La douleur abdominale aiguë est difficile à diagnostiquer chez les malades hémodialysés poly pathologiques, fragiles recevant de nombreux traitements, l'ischémie mésentérique restant toujours la première suspectée. Ce diagnostic n'exclue pas des causes banales, ou plus rare comme l'abcès amibien du foie. Nous rapportons ici le premier cas décrit au Mali chez un adulte jeune hémodialysé présentant des troubles digestifs souvent accompagné de douleur, l'abcès amibien pourrait être évoquée systématiquement devant tout abdomen aigu. La description systématique des cas comme celui devrait permettre de mieux connaître cette pathologie curable et de mieux en apprécier la fréquence.

Mots clés : Hémodialyse, douleur abdominal, abcès amibien.

P 56

DAIRRHEE EN POST TRANSPLANTATION RENALE: A PROPOS DE 3 CAS

Fradi.A. Sahtout. W, Azzabi.A, Zellama,D, Bel Arbia.A, Guedri.Y, Mrabet.S, Sabri.F, Achour.A

Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale – CHU Saboul Sousse – 4054 – TUNISIE

Introduction: Certaines complications médicales en post transplantation sont associées à des effets nocifs compromettant le devenir du greffon.

IL a été démontré que les complications gastro-intestinales chez le transplanté rénal sont associées à une mauvaise évolution. Parmi ces complications, la diarrhée en est une des plus fréquentes; son incidence varie selon le protocole d'immunosuppression. Nous rapportons 3 cas de diarrhée survenant chez des transplantés du rein.

Résultats et Observations:

Il s'agit de 3 cas de transplantés rénaux : deux femmes et un homme âgés respectivement de 29, 34 et 47 ans. Ils ont eu une greffe rénale à partir d'un donneur cadavérique pour la première patiente en Avril 1999 et à partir d'un donneur vivant apparenté pour les 2 derniers en Avril 2008 et Février 2009. La néphropathie initiale était une néphropathie interstitielle chronique pour les 3 cas.

L'immunosuppression d'entretien était identique chez les 3 patients et avait associé Mycophénolate Mofétil (MMF) et Tacrolimus. Les patients étaient hospitalisés respectivement à 9 ans, 2 ans et 7 mois après la transplantation pour diarrhée rebelle au traitement symptomatique. L'implication du MMF n'a été retenu que rétrospectivement du fait de l'amendement du tableau après un switch à l'Azathioprine et bien indéniablement après avoir écarté les autres étiologies notamment infectieuses.

Discussion - Conclusions

La diarrhée est une complication fréquente chez les greffés du rein. Ses étiologies sont multiples et incluent des causes infectieuses et non infectieuses qui sont multifactorielles et exposent parfois à un risque de perte du greffon voire même du patient.

Certains agents immunosuppresseurs sont réputés par la susceptibilité à la survenue de diarrhée infectieuse ou non; ces dernières demeurent un diagnostic d'élimination et imposent un ajustement thérapeutique.

P 57

INFARCTUS RENAL SIMULANT UNE COLIQUE NEPHRETIQUE CHEZ UN SUJET JEUNE.Randriamanantsoa L.N., rakotondrazaka AH, Rabenitany ALT, Ravalisoa MA, Rabenantoandro R. Service de Réanimation Néphrologique, HJRA, Antananarivo, Madagascar

L'infarctus rénal est d'une présentation clinique non spécifique. Quand il se présente comme une douleur lombaire survenant sur un terrain jeune et sans les facteurs de risque vasculaire habituels, le diagnostic en est difficile. Notre travail vise à décrire un cas d'infarctus massif sur occlusion totale d'une artère rénale, simulant une colique néphrétique.

Nous rapportons le cas d'un patient de 45 ans ayant présenté une douleur lombaire gauche aiguë sur laquelle l'échographie a révélé la présence de « matériels » au niveau de la jonction pyélo-calicielle, sans dilatation de celle-ci. Le rein était de taille normale. La douleur était accompagnée d'hématurie macroscopique, de fièvre, sans signe de cystite ni autre foyer infectieux apparent. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles sans élévation de la CRP et un bilan de coagulation normal. Un traitement de colique néphrétique a été institué, donnant une bonne évolution clinique. Le patient n'est vu en Consultation de néphrologie que 3 mois plus tard pour une insuffisance rénale modérée. Entre temps, il a présenté deux épisodes de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs inexpliqués. Le bilan d'imagerie fait le diagnostic d'un rein gauche devenu atrophique sur une occlusion totale de l'artère rénale. En l'absence de facteur de risque vasculaire, une thrombophilie est évoquée mais non retrouvée par le bilan biologique.

La triade « douleur lombaire aiguë unilatérale - hématurie macroscopique, présence de matériels échogènes dans la cavité pyélo-calicielle » fait conclure rapidement à une colique néphrétique. Pourtant cet ensemble est aussi une des présentations typiques

de la nécrose papillaire par infarctus rénal massif. La présence des facteurs de risque vasculaire est un indice majeur pour le clinicien dans le diagnostic de cette pathologie, ce qui n'est pas le cas pour les étiologies rares comme la thrombophilie. Le syndrome inflammatoire non infectueux associé était plus évocateur de l'infarctus mais non spécifique. La pratique systématique d'un examen Doppler de l'artère rénale au moindre doute constituerait le dépistage efficace mais sa sensibilité est encore très variable.

P 58

SEROPREVALENCE DU VIRUS DE L'HEPATITE B CHEZ LES ENFANTS A PARTIR DES DONNEES DU LABORATOIRE DE L'HOPITAL D'ENFANTS

Dia M.L.I, Ka RI, Diop AI, Sonko MAI, Sow All, Cissé MFI

1-laboratoire de Bactériologie Virologie, Département de Médecine, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Introduction :

L'hépatite B est fréquente: elle touche 2 milliards de personnes dans le monde et plus de 350 millions d'entre elles souffriraient d'une hépatite chronique. La présence de l'Ag HBs dans le sérum ou le plasma humain témoigne d'une infection par le virus de l'hépatite B.

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence de l'AgHBs chez les enfants dépistés au laboratoire de Bactériologie-Virologie du centre hospitalier national d'enfants Albert Royer de Dakar.

Matériels et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a concerné la période allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 octobre 2010. Les données ont été recueillies à partir du registre de sérologie du laboratoire de Bactériologie. Tous les sérums ont été testés avec le kit Pharma HBs qui fait appel à des anticorps monoclonaux et polyclonaux (de Souris et de mouton) anti-HBs.

Résultats:

Sept sérums positifs ont été recensés sur un total de 346 sérums testés, soit un taux de prévalence global de 2, 02%.

L'âge moyen des patients était de 7,57 ans avec des extrêmes de 4 ans et 13 ans.

Le sex ratio (H/F) était de 1, 33.

Aucun des patients ne présentait des Ac anti-HBs.

Les autres marqueurs AgHBc, Ac anti-HBc, Ac anti-HBc n'ont pas été recherchés.

L'AgHBs est le premier marqueur immunologique et il est détectable chez les patients atteints d'hépatite aiguë ou chronique. Il est généralement présent plusieurs jours, voire plusieurs semaines, avant l'apparition des premiers symptômes cliniques et constitue de ce fait un bon marqueur pour le diagnostic biologique. Néanmoins les autres marqueurs du virus doivent être recherchés pour connaître le stade évolutif de la maladie.

Conclusion:

L'hépatite B est une maladie grave. La prévention en milieu pédiatrique passe par la vaccination des nouveaux nés dès les premiers mois de vie. La détection de l'Ag HBs dans le sérum ou le plasma humain témoigne d'une infection par le virus de l'hépatite B. Les tests rapides de diagnostic présentent une bonne sensibilité et une bonne spécificité et constituent de ce fait de bons tests de dépistage.

Mots clés: Hépatite B, AgHBs, Enfants,

P 59

EFFET DU SULODEXIDE SUR UNE NECROSES DU DOIGT CHEZ UN HEMODIALYSE CHRONIQUE DRIDIA. I, SKHIRI.S.I, SAIDANE. II, Guorbel. E2

2. Unité d'hémodialyse de Manouba, Groupement de santé de base, 2. Service de médecine interne et de néphrologie HON. Tunisie

L'ischémie secondaire à un hémodétournement est une complication fréquente des abords vasculaires en hémodialyse et qui peut amener à sacrifier l'accès au sang.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 48 ans en hémodialyse chronique depuis Octobre 1994. Dans ses antécédents une fistule artérioveineuse (FAV) radiale gauche confectionnée en Novembre 1994, une deuxième FAV radiale droite confectionnée en Décembre 1996, thrombosée trois jours après l'intervention. En Décembre 1996 une FAV humérobasilique droite lui a été confectionnée ; elle est fonctionnelle jusqu'à ce jour. En 2004 il subit une amputation de la phalange distale de l'index droit suite à une nécrose secondaire à un hémodétournement. La FAV a été conservée.

En Avril 2009 le patient présente un acrosyndrome douloureux de la main droite prédominant au médian. A l'examen on note une baisse de la température cutanée au niveau des doigts, une artère radiale dure sans pouls à la palpation et une ulcération nécrotique au niveau de la phalange distale du médian. L'échographie Doppler montre la présence de plusieurs plaques athéromateuses calcifiées au niveau des artères. L'artère humérale et l'artère cubitale ainsi que la partie proximale de l'artère radiale sont perméables avec un flux à forte composante diastolique secondaire à la présence de la fistule. Il existe une occlusion distale de l'artère radiale s'étendant sur 5 cm au dessus du poignet, seule l'artère cubitale reste perméable jusqu'au poignet. On note un hyperdébit de 1289 ml/mn au niveau de la partie terminale de l'artère humérale, de 1409 ml/mn au niveau de la partie proximale de cette dernière et de 1212 ml/mn au niveau de l'artère axillaire. A savoir que l'échographie cardiaque montre une fraction d'éjection correcte. Devant cette FAV précieuse, la conduite à tenir était de mettre le patient sous sulodexide injectable à raison de 600 ULS en IV après chaque séance d'hémodialyse et ce pendant un mois puis sous sulodexide 250 ULS à raison d'une gélule x 2 par jour per os. L'évolution est marquée par une amélioration spectaculaire et une cicatrisation complète de la lésion au bout de six semaines (voir photo). Le traitement par sulodexide est maintenu par voie orale à la même dose.

Le sulodexide, glycosaminoglycane ayant une activité élevée anti-thrombose aussi bien artérielle que veineuse a permis de juguler l'ischémie secondaire à un hémodétournement sur ce terrain artériel, de conserver l'accès au sang et d'éviter au patient une nouvelle amputation.

P 60

SEROPREVALENCE DUVIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE CHEZ LES ENFANTS A PARTIR DES DONNEES DU LABORATOIRE DE L'HOPITAL D'ENFANTS ALBERT ROYER
DIA M.L.I, KA RI, DIOP DI, SONKO MAI, SOW AIII, CISSIE MFI

1-Laboratoire de Bactériologie Virologie, Département de Médecine, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal BP 16222 Dakar fann, Sénégal

Introduction: La prévalence de l'infection à VIH ne cesse de croître dans le monde. Au Sénégal, malgré un taux de prévalence relativement faible (enviro 1%), l'incidence augmente de jour en jour bien chez les adultes que chez enfants. Le diagnostic repose sur la détection des anticorps sauf dans les premiers mois de vie chez l'enfant né de mère séropositive où il faut mettre en évidence le virus. Cette étude avait comme objectifs de déterminer le profil sérologique des enfants séropositifs nouvellement dépistés au laboratoire de Bactériologie-Virologie du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer (CHNEAR).

Matériel et Méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a concerné la période allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 Octobre 2010. Les données ont été recueillies à partir des registres du laboratoire de Bactériologie-Virologie de l'HEAR. Tous les sérums reçus ont bénéficié d'un premier test de dépistage "détermine HIV-1/2" plus un deuxième test de confirmation Immunocomb® II HIV-1 et 2 (Bispot).

Résultats: Cent quarante deux sérums positives ont été recensés sur un total de 1143 sérums testés, soit un taux de prévalence globale de 12,42%.

L'âge moyen des patients était de 4,1 ans avec des extrêmes de 15 jours et 15 ans. Le sex ratio (H/F) était de 1,44.

Quatre vingt neuf sérums (62,6%) étaient positives au VIH-I, quatre (2,8%) étaient au VIH-2 et deux (1,4%) avaient un double profil (VIH-I et 2). Trente trois pour cent des sérums avaient un "Détermine positif" et attendaient une confirmation (PCR). La totalité des sérums positives au Détermine ont été confirmés par le Bispot.

Les sujets séropositifs étaient donc majoritairement infectés par le VIH-I et certains avaient un double profil VIH-I et 2.

Conclusion: La plupart des sérums positives étaient au VIH-I. Ces sérums ont d'abord bénéficié d'un test rapide (Détermine) puis d'un deuxième test pour confirmation (Bispot). Les techniques sérologiques restent encore les techniques de référence pour le dépistage et la confirmation de l'infection à VIH, c'est pourquoi il faut les rendre disponibles et accessibles surtout dans les pays voie de développement.

Mots clés: VIH, Sérologie, Enfants, Sénégal.

P 61

PREVALENCE DE L'ANEMIE ET BESOINS TRANSFUSIONNELS CHEZ LES HEMODIALYSES CHRONIQUES NE RECEVANT PAS D'AGENTS STIMULANT L'ERYTHROPOIESE LE FER IV KAZE FOLEFAK F.; ASHUNTANTANG G.; MAMBAP TATANG A.; MBANYAD.
Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. BP 1624 Yaoundé, Cameroun.

Email: f_kase@yahoo.fr

Introduction: L'anémie est fréquente au cours de la maladie rénale chronique dont la sévérité augmente avec la progression de la maladie. La découverte des agents stimulants l'érythropoïèse (ASE) a révolutionné la prise en charge de l'anémie au cours de cette maladie avec l'abandon quasi-totale des transfusions sanguines dans les pays développés. Cependant, l'absence de politique de sécurité et le coût élevés de ces médicaments les rend inaccessibles dans les pays en voie de développement où la transfusion sanguine demeure l'unique moyen de traitement. Le but de cette étude était de déterminer chez ce groupe de patients la prévalence et les caractéristiques de cette anémie ainsi que d'évaluer leurs besoins transfusionnels mensuels.

Méthodes: Nous avons réalisé une étude prospective sur une période de 5 mois chez les hémodialysés chroniques ne recevant pas d'ASE et de fer IV de l'hôpital général de Yaoundé au Cameroun. Chaque patient recevait 2 séances hebdomadaires de 4 heures chacune d'hémoglobine inférieure à 10g/dl et les recommandations l'ASPASSPS étaient utilisées pour calculer les besoins en concentrés érythrocytaires.

Résultats: Nous avons suivi 63 patients dont 47 (74,6%) de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 51±13, 17 ans. L'hypertension artérielle, le diabète et les glomérulonéphrites chroniques étaient les principales néphropathies avec respectivement 39,7% et 19,0%. Le poids sec moyen était de 62,99±10,65kg, la prévalence de l'anémie était de 85,6%. L'anémie était à prédominance microcytaire et hypochrome dans 44% des cas. Le taux d'hémoglobine moyen est passé de 8,5±1,68g/dl à 8,16±1,8g/dl à la fin de l'étude alors que les besoins transfusionnels mensuels moyens par patient en concentrés de globules rouges passaient de 1,7±1,49 au l'étude à 2,19±1,64 à la fin de l'étude.

Conclusion: Ce groupe de patients présente une prévalence élevée d'anémie microcytaire hypochrome nécessitant une transfusion de préférence 2 unités mensuelles de culots érythrocytaires ne permettant pas d'obtenir la valeur de l'hémoglobine cible.

P 62

PONCTIONS BIOPSIES RENALES: A PROPOS DE 311 CAS BOUSSAADIA I., BELARBIA A., ZELLAMA D., GUEDRIY., SAHTOUT W., SABRI F., ACHOR A.
SERVICE DE NEPHROLOGIE, DIALYSE ET TRANSPLANTATION, SAHLOUL, SOUSSE, TUNISIE.

Introduction: La biopsie rénale a un intérêt majeur dans le diagnostic étiologique, la décision thérapeutique, et l'évaluation pronostique des maladies rénales primitives et secondaires. C'est une technique qui est relativement simple mais pouvant présenter des complications graves. L'objectif de notre étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des biopsies rénales réalisées dans notre service de Néphrologie.

Matériaux et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 311 biopsies réalisées dans le service de Néphrologie au centre hospitalier universitaire Sahloul à

Sousse entre Janvier 2007 et Octobre 2010. Les biopsies ont intéressé des natifs ainsi que des greffons rénaux. Toutes les biopsies ont été étudiées en microscopie optique et en immunofluorescence ceci sous réserve d'un matériel suffisant.

Résultats: Il s'agit de 162 hommes et 149 femmes. L'âge moyen est de 38 ans avec des extrêmes entre 6 et 84 ans. En 2007, 55 PBR ont été réalisées soit 17% du total des biopsies, 31,2% en 2008, 27,33% en 2009 et 24,43% en 2010. Selon le type histologique de l'atteinte rénale et le tableau clinique, la glomérulonéphrite membrano-proliférative s'est manifestée par un syndrome néphrotique impur dans 31,2% des cas et une hématurie dans 25% des cas. Par ailleurs, la présentation clinique d'une hyalinose segmentaire et focale et focale était faite d'un syndrome néphrotique impur dans 87,5% des cas. Une atteinte rénale type lésions glomérulaires minims s'est présentée cliniquement par un tableau de syndrome néphrotique impur dans 47,1% des cas. Une néphropathie lupique a été observée chez 72,3% des patients connus porteurs d'un lupus érythémateux systémique, avec une classe 4 dans 55,3% des cas. Enfin, l'amylose rénale s'est manifestée par un syndrome néphrotique pur dans 77,8% des cas.

Discussion: L'apport diagnostique de la biopsie rénale est indiscutable surtout pour le syndrome néphrotique qui reste l'indication majeure à la PBR. L'échocardiogramme en temps réel et l'utilisation d'un pistolet automatique permettent de réduire le taux d'échec et d'augmenter le nombre des glomérules par biopsie. L'application de différents types de colorations et l'usage systématique de l'immunofluorescence permettent d'affiner la lecture et d'améliorer le rendement de la technique.

Conclusion: la biopsie rénale reste donc un examen important à l'approche diagnostic et thérapeutique en néphrologie.

P 63

L'HYPER IgG4: UNE ETIOLOGIE RARE D'INSUFFISANCE RENALE:

Ben Fatma L. (1); Ben Ghorbal I (2); Touati D (1); Boulahia G (1), Rais L (1); Smaoui W (1);

Krid M (1); Ben Maiz H (3); Ben Moussa F (1)

(1) Service de Néphrologie Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie (2) Service de Médecine Interne, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

(3) Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale, Lr00Sp01, Tunisie.

Introduction: L'« IgG4 related sclerosis » ou Hpyer IgG4 est une entité pathologique très de description récente et dont l'étiopathogénie est non encore claire. Elle représente une maladie inflammatoire chronique. L'insuffisance rénale chronique associée à cette pathologie n'a pas été rapportée jusque là dans la littérature.

Méthodes: Nous rapportons l'observation originale d'une patiente chez qui le diagnostic de « IgG4 related sclerosis » a été retenu et qui présente une insuffisance rénale chronique.

Résultats: Il s'agit de la patiente M.A. suivie depuis 3 ans pour une vessie neurologique sous sondage itératif et qui est hospitalisée pour altérations profondes de l'état général avec amaigrissement important. A la biologie, une cholestase anictérique avec une discrète cytolysie, une lipasémie à 10 fois la normale et une amyalasémie à 10 fois la normale. Elle présentait une bicytopénie faite d'anémie profonde à 5 g/dl et de thrombopénie avec plaquettes à 50000/mm3. A l'électrophorèse des protéines un pic tétramer en position beta 2, avec une moelle de richesse normale au myélogramme. La biopsie

Ostéo-médullaire était sans anomalies. Par ailleurs, elle présentait une insuffisance rénale avancée sans HTA ni sédiment à la bandelette urinaire ni protéinurie. Le diagnostic de l'« IgG4 related sclerosis » étant retenu devant l'association d'une vessie neurogène, une cholangite sclérosante, une pancréatite. Le diagnostic confirmé par le dosage élevé des IgG4 sériques à 214mg/l [VN: <86mg/l]. L'échographie montre des reins réduits de taille. Le diagnostic d'une insuffisance rénale terminale a été posé et la patiente a été mise en hémodialyse périodique. Par ailleurs, la patiente a été traitée pour son

« IgG4 related sclerosis » par une corticothérapie. A deux mois d'évolution, on assiste à une remission de la pancréatite et une persistance de la cholestase.

Conclusion: L'« IgG4 related sclerosis » est une maladie très rare mais qui doit être évoquée devant des éléments cliniques et biologiques. Le pronostic dépend essentiellement de la sévérité du tableau initial et la précocité du traitement. L'atteinte rénale reste méconnue.

P 64

INSUFFISANCE RENALE AIGUE REVELANT UNE TUBERCULOSE RENALE

Elgaied H. (1); Ben Fatma L. (1); Touati D (1); Smaoui W(1); Krid M (1); Ben Maiz H(2); Zouaghi K.(1), Beji S (1); Ben Moussa F (1)

(1) Service de Néphrologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie (2) Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale, Lr00Sp01, Tunisie

Introduction: La tuberculose rénale reste une affection rare. Toutefois, l'augmentation de fréquence de la maladie tuberculeuse qui est actuellement observée laisse présager une recrudescence des localisations urinaires dans les années à venir. Le diagnostic de la maladie est biologique, bactériologique et histologique mais l'imagerie est essentielle au bilan de la maladie.

Méthodes: Nous rapportons une observation originale d'une jeune patiente qui a présenté une tuberculose rénale révélée par une insuffisance rénale aigue.

Observation: Patiente âgée de 20 ans hospitalisée pour une fièvre au long cours et une insuffisance rénale. A l'examen: fièvre nocturne, protéinurie à ++ sans hématurie. A la biologie elle avait un syndrome inflammatoire biologique, une insuffisance rénale avec une créatinine à 21 mg/l, recherché de BK dans les crachats négative alors qu'elle était positive dans les urines. A l'échographie rénale: néphromégalie bilatérale. A la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne: présence à l'étage thoracique d'une nécrose abcédée au niveau du sommet droit faisant évoquer une excavation. Une PBR a montré une importante inflammation tubulo-interstitielle faite en majorité de polynucléaires, associée à des thromboses vasculaires. Le diagnostic de tuberculose rénale a été retenu et la patiente a été mise sous quadrithérapie anti tuberculeuse avec une normalisation de la fonction rénale.

Conclusion: Une tuberculose rénale ne se manifeste que rarement par une

insuffisance rénale. Le diagnostic est fait devant le tableau rénal et le contexte de tuberculose souvent pulmonaire associée. L'évolution est favorable sous traitement.

P 65

EMBOLIE PULMONAIRE AU COURS DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE:

A PROPOS DE 7 CAS Mayara M.(1); Ben Fatma L (1); Boulahya G (1) ; Rais L (1) ; Smaoui W(1); Krid M (1); Ben Maiz H(2); Beji S (1); Zouaghi K. (1); Ben Moussa F(1)

(3) Service de Néphrologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie (4) Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale, LR00Sp01, Tunisie.

Introduction: L'embolie pulmonaire (EP) chez l'insuffisant rénal chronique (IRC) peut être favorisée par la néphropathie et constitue une cause de mortalité. Le diagnostic peut être difficile devant des signes cliniques polymorphes. Les pronostics vital et rénal sont mis en jeu.

Méthodes: le but de ce travail est de déterminer les particularités cliniques, étiologiques et évolutives de l'EP dans un groupe de 7 patients atteints d'EP parmi 359 patients IRC hospitalisés dans un service de néphrologie sur une période de 3 ans (de juillet 2007 à avril 2010).

Résultats: Il s'agit de 5 F et 2 H avec un âge moyen de 56ans (extrêmes: 35 à 74). La néphropathie initiale est une vasculaire de Wegener dans 2 cas, une cryoglobulinémie dans un cas et une néphropathie lupique dans un cas. Le diagnostic d'EP a été confirmé par un angio-scanner dans trois cas et par scintigraphie pulmonaire dans deux cas. Tous patients ont été mis sous héparine avec relais par anti vitamine K (AVK) pendant 6 mois. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique dans quatre cas et 3 décès. Aucune récurrence n'a été notée après un recul moyen de 57 jours. Conclusion: L'EP chez les patients IRC est favorisée par le terrain. La clinique peut être polymorphe.

Une anti-coagulation est indiquée si forte suspicion. L'EP sur ce terrain met en jeu pronostic vital d'où la place prépondérante de la prévention.

P66

NEPHROPATHIE DE PURPURA RHUMATOÏDE: ETUDE COMPARATIVE ENTRE L'ADULTE ET L'ENFANT (A PROPOS DE 17 CAS)

Badio F, Mbourou. A, Dahbi.S, Zamd. M, Medkouri G, Benghanem.M, Hackim. K, Ramdani. B

Service de Néphrologie, Hémodialyse et Transplantation Rénale, CHU ibn Rochd, Casablanca.

Quartiers des hôpitaux chu ibn Rochad, BP 20000. CASABLANCA, MAROC

Introduction: Le Purpura rhumatoïde est une systémique caractérisée par un purpura cutané, atteinte digestive, des arthralgies et une glomérulonéphrite à dépôt mésangiaux IgA. Le but de cette étude est de comparer la néphropathie du purpura rhumatoïde de l'adulte versus celui de l'enfant.

Matériels et Méthodes: étude rétrospective portant sur 17 patients colligés au service de néphrologie Durant la période de 10 ans allant de Janvier 2000 à Novembre 2010, ayant eu une biopsie rénale dans un contexte de Purpura rhumatoïde avec un suivi moyen d'un an.

Résultats: Il s'agit de 9 adultes et 8 enfants avec un âge moyen respectif de 40, 8 ans et 11, 6 ans. L'atteinte cutanée est retrouvée chez les adultes (100%) et chez 75% des enfants. Les signes articulaires sont présents chez 33,3% d'adultes et 37,5% d'enfants; six adultes (66,7%) et 5 enfants (62,5%) ont des manifestations digestives caractérisées par des douleurs abdominales, troubles du transit, et hémorragies digestives. L'HTA est retrouvée chez 22, 2% des adultes versus 25% des enfants. L'atteinte rénale est objective chez tous les patients, comportant une protéinurie dans 100% des cas, une hématurie chez 7 adultes (77, 5%), chez 3 adultes (33, 3%) une insuffisance rénale sévère est retrouvée. Le PBR a révélé dans tous les cas des dépôts mésangiaux IgA (100%), une prolifération endocapillaire et extracapillaire ont été retrouvées respectivement chez 11,1% des patients adultes; un croissant et une sclérose glomérulaire sont vus respectivement, chez 12,5% d'enfants versus 11,1% des patients adultes. Sur le plan thérapeutique 6 adultes (66,7%) et 7 enfants (87,5) ont reçu une corticothérapie par voie orale. Deux adultes (22,2%) ont reçu des bolus de solomédrol, un patient (11,2%) a bénéficié d'une immunosuppression et deux autres patients adultes (22,2%) ont eu recours à l'hémodialyse.

L'évolution vers l'IRCT et/ou décès est notée respectivement chez 5,8% des patients adultes, une négativation de la protéinurie dans 25% des cas et 37,5% des enfants ont gradé une fonction rénale normale. Les facteurs de mauvais pronostic dans notre série sont l'insuffisance rénale initiale, corrélés à la sévérité des lésions histologiques.

Conclusion: Malgré une série limitée, cette analyse révèle comme dans la littérature, que l'évolution de la néphropathie du purpura rhumatoïde de l'enfant est plus favorable que chez l'adulte chez qui on note une gravité des manifestations cliniques notamment l'atteinte rénale, don't dépend le pronostic à long terme

P67

ASSOCIATION AMYLOSE ET SYNDROME DE POEMS: A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS DRID.A., BEN FATMA., L, BOULAHYA. G, RAIS. L, TOUATI. D, KRID.M, SMAOUI. W, BEN MAIZ. H*, BEJI. S, ZOUAGHI. K, BEN MOUSSA.F. Service de Néphrologie – Hôpital la RABTA, Tunis-Tunisie. *Laboratoire de pathologie rénale LR00SP1

Introduction: Le syndrome POEMS est une maladie grave et rare où l'atteinte est multiviscérale. Il associe, lorsqu'il est complet: une Polyneuropathie périphérique, une organomégalie, une Endocrinopathie, une dysglobulinémie (M), des anomalies cutanées (skin changes). L'association amylose primaire AL et myélome multiple est bien connue. Cependant la coexistence d'une amylose et d'un syndrome de POEMS est rarement décrite dans la littérature. Nous rapportons dans ce travail deux observations relatant l'association inhabituelle de ces deux maladies.

Observation 1: Patient âgée de 66 ans aux antécédents d'hypothyroïdie, d'HTA et de diabète, est hospitalisée pour une insuffisance rénale sévère associée à des

douleurs et des parasthésies des membres inférieurs. A l'examen physique: Etat général altéré, TA: 100/60mmHg. L'examen des urines aux bandelettes réactives trouvait 4+ de protéinurie sans hématurie. Elle n'avait de lésions cutanées. A la biologie: créatinine=81 mg/l, VS=127mm. (HI), Plaquettes=323000, protides=47g/l, Albuminémie=16 g/l et gammaglobulines=11 g/l avec un pic à base étroite en position gamma, protéinurie de 4,5 g/24H. L'immunoélectrophorèse des protéides révèle la présence d'une immunoglobuline monoclonale de type IgG à chaînes légères kappa. L'échographie abdominale montrait une hypertrophie u segment I du foie, une splénomégalie homogène et des reins de taille normale différenciés sans adénopathies. Au myélogramme: plasmocytose à 12% d'aspect dystrophique et à la biopsie ostéomédullaire: infiltration plasmocytaire à 50%. Le bilan radiologique n'a pas montré de lésions osseuses. L'électromyogramme des membres inférieurs est en faveur d'une neuropathie démyélinisante. La biopsie labiale mon-tre une amylose. Le syndrome de POEMS était retenu devant la polyneuropathie périphérique, la splénomégalie, l'hépatomégalie, le diabète, l'hypothyroïdie, l'insuffisance surrénalienne et le myélome. Sur le plan thérapeutique la patiente avait nécessité l'hémodialyse chronique et était mise sous Melphalan, Dexaméthasone, L thyroxine et hydrocortisone. L'évolution était défavorable et la malade est décédée 5 mois plus tard dans un contexte d'état de choc septique.

Observation 2: patiente âgée de 44 ans suivie pour hypothyroïdie admise pour exploration d'un syndrome néphrotique associé à une neuropathie périphérique. L'examen physique trouvait une TA=100/70mm Hg. L'examen des urines aux bandelettes réactives montrait 3+ de protéinurie Sans Hématurie, une hyperpigmentation péri-orbitaire bilatérale. A la biologie: creatinine=9 mg/l, calcémie 122mg/l, VS= 127mm.(HI), Hémoglobine= 13g/dl, plaquettes=398000, protides = 40g/l, albuminémie=18 g/l et gammaglobulines=4 g/l avec un pic à base étroite en position gamma, une protéinurie de 3,8 g/24 H. L'immunoélectrophorèse des protéides révélait la présence de chaînes légères lambda dans le sang et dans les urines. Au myélogramme, présence d'une plasmocytose à 35% d'aspect dystrophique. Le bilan radiologique avait montré des lésions ostéocondensantes coxofémorales. L'EMG révélait une neuropathie périphérique sensitivo-motrice axonale démyélinisante sévère. La biopsie rénale avait montré une amylose.

Le syndrome de POEMS était retenu devant la polyneuropathie périphérique, le diabète, l'hypothyroïdie, le myélome multiple et l'atteinte cutanée. La patiente était mise sous L-Thyroxine et Dexaméthasone.

Discussion: Pour retenir le diagnostic du syndrome de POEMS, la plupart des auteurs exigent l'association d'au moins quatre des cinq éléments principaux du syndrome. C'est un tableau aux caractéristiques cliniques hétérogènes et trompeuses. Une amylose associée vient aggraver le pronostic déjà sévère. La polyneuropathie présente chez nos deux patientes est l'élément constant du syndrome, retrouvée dans 100% des cas. L'organomégalie peut se manifester par une hépatomégalie, une splénomégalie ou des adénopathies. Quand aux signes endocriniens, il s'agit le plus souvent d'une hypothyroïdie périphérique retrouvée dans les deux observations. Le diabète de type 2 et l'intolérance aux hydrates de carbone se voient dans près de la moitié des cas alors que les anomalies de la fonction souvent de type Ig G ou Ig A, plus rarement il peut s'agir d'une chaîne légère isolée. Les signes cutanés constituent un élément d'orientation diagnostique malgré leur caractère peu spécifique, l'hyperpigmentation est le signe le plus fréquent. L'amylose primitive est la forme la plus répandue d'amylose et la seule forme associée à un syndrome de POEMS. L'étiopathogénie de cette association reste obscure.

Conclusion: La prise en charge du syndrome de POEMS et de l'amylose devrait être multidisciplinaire. Le traitement fait appel essentiellement à la corticothérapie à forte dose associée à une chimiothérapie à base d'alkylants (Melphalan) ou à la Thalidomide. Cependant, les résultats ne sont pas satisfaisants. Le pronostic du POEMS syndrome est péjoratif d'autant plus s'il est associé à l'amylose. La réponse aux traitements constitue le facteur pronostique essentiel. Il semble que le pronostic est meilleur en cas d'atteinte plasmocytaire isolée ou en absence de lésions osseuses.

P 68

HYPERTENSION ARTERIELLE CHEZ LES SUJETS SAINTS LOUISIENS: COMPLICATIONS ET ASPECTS ETIOLOGIQUES A PROPOS DE 44 CAS

Gueye.S; Diallo. I, Cissé MM, SM, Tall A, Faye M, Kâ EL.F, Niang A, Diouf B Service de médecine interne, CHR St Louis, Sénégal

Introduction: L'hypertension artérielle (HTA) constitue un véritable problème de santé publique dans le monde à cause de sa fréquence élevée et de ses complications nombreuses et invalidantes. La plupart des études faites au Sénégal sur les complications de l'HTA se sont déroulées dans les centres hospitaliers universitaires de la capitale. Aucune étude n'a été faite à ce propos dans les régions nord, particulièrement à St Louis. Ainsi, nous nous proposons de faire une étude rétrospective, afin d'évaluer les aspects diagnostiques et évolutifs de l'HTA au centre hospitalier régional de St Louis.

Matériels Méthode: C'est une étude rétrospective et descriptive d'une durée d'une année, allant de janvier à Décembre 2008. Nous avons colligés tous les dossiers de patient présentant une morbidité de l'HTA, hospitalisés au service de médecine I de l'hôpital régional de St Louis.

RÉSULTATS: Nous avons colligés 44 dossiers sur un nombre total de 855 patients hospitalisés durant la période d'étude soit une prévalence de 5, 14%. L'âge moyen était de 64,65 ans des extrêmes de

40 – 86 ans. Le sexe ration était de 1, 09 en faveur des femmes. Les complications de l'HTA étaient dominées par les accidents vasculaires cérébraux (AVC) avec 34,77%, suivie par la cardiomyopathie hypertensive (5,11%) et l'accident ischémique transitoire (AIT) (3,7%). La pression artérielle était sévère supérieure à 180/110 mmHg chez tous nos patients au début de l'hospitalisation. Parmi les patients qui avaient un AVC, 4 avaient 3 facteurs de risque (FDR) associés à savoir l'âge (supérieur à 50 ans chez l'homme et à 60 ans chez la femme), l'hyper LDL cholestérolémie supérieur à 1, 6 g/l et/ou diabète et arythmie complète par fibrillation atriale (AC/FA); 10 avaient deux FDR (âge, et/ou l'hyper LDL cholestérolémie et diabète); Il avait un seul FDR (âge). Parmi les patients qui avaient une cardiomyopathie hypertensive, deux

avaient 2 FDR associés (âge et diabète). Trois patients n'avaient aucun FDR. L'âge et l'AC/FA ont été les deux FDR retrouvés chez les patients ayant un AIT. Ils étaient associés dans un cas. L'HHTA était essentielle chez 43 patients soit 97,72%. Elle était secondaire à un phéochromocytome dans un cas (2,28%). Onze patients étaient non connu hypertendu (25%), 33 patients étaient hypertendu connu (75%) dont 19 sous monothérapie et 14 sous bithérapie.

CONCLUSION: L'HHTA est bien une réalité à St Louis. Elle est dans la grande majorité associée à de puissants facteurs de risque tels que le diabète, l'hyper LDL cholestérolémie et l'âge. Elle expose ainsi donc à de multiples complications en particulier lières, l'AVC, l'AIT et la cardiomyopathie hypertensive.

Mots clés: Hypertension artérielle – AVC- Cardiomyopathie hypertensive – Facteurs de risque cardiovasculaire.

P69

BILAN DES ACTIVITES DE NEPHROLOGIE CLINIQUE AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL (CHR) DE ST LOUIS: ETUDE RETROSPECTIVE DE JANVIER 2006 AU FEVRIER 2008

Gueye.S; Diallo. I, Cissé MM, SM, Tall A, Faye M, Kâ EL.F, Niang A, Diouf B Service de médecine interne, CHR St Louis, Sénégal

INTRODUCTION: Au Sénégal, excepté le CHU Aristide Le Dantec, le CHR de St Louis est la seule structure hospitalière à disposer d'un service de néphrologie. Ce dernier est ouvert depuis 2005. Il couvre toute la région nord du Sénégal. Cependant il ne dispose pas d'unité d'hémodialyse ni de dialyse péritonéale. Ses activités se résument à des consultations et des hospitalisations de médecine interne et de néphrologie. Ainsi, nous nous proposons de mener une étude rétrospective afin d'évaluer le bilan des activités néphrologiques.

MATERIELS ET METHODES: Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive allant de janvier 2006 au février 2008. Il regroupait tous les patients suivis dans le service de médecine I de l'hôpital régional St Louis pour une pathologie néphrologique. L'objectif était de préciser la prévalence des différentes pathologies rénales; de déterminer leurs présentations clinico-biologiques.

RESULTATS Nous avons colligés 62 cas de néphropathie sur un nombre total 1852 de malade hospitalisés durant la période d'étude. Ils se répartissaient globalement en 18 cas d'atteinte glomérulaire (30%), 29 cas d'atteinte vasculaire (46%), 4 cas d'atteinte tubulaire (6%), 6 cas d'uropathies obstructives (10%) et 5 cas d'atteinte pré-rénale (8%). La prévalence des néphropathies de 3,34% et celle de l'insuffisance rénale chronique à 2,26%. L'âge moyen était de 52,7 avec de 52,7 avec des extrêmes de 15 et 83 ans. Le sex-ratio était de 1,48 en faveur du sexe masculin. L'association ? dème de type rénal, hypertension artérielle et syndrome d'urémie était la principale manifestation clinique des néphropathies glomérulaires avec 38,88%, suivie de l'hypertension artérielle isolée dans 22,22%. L'hypertension artérielle sévère était le mode de présentation clinique des néphropathies vasculaires dans 79,31% des cas.

CONCLUSION: L'IRC constitue le premier motif d'hospitalisation au service de néphrologie de l'hôpital régional de St Louis. Ses étiologies sont dominées par l'hypertension artérielle et les glomérulonéphrites chroniques.

Mots-clés: Insuffisance rénale chronique – Hypertension artérielle – Glomérulonéphrite chronique – Centre hospitalier régional de St Louis.

P 70

Place de l'imagerie Isotopique en Médecine Interne: Quel avenir pour la première Gamma Caméra au SENEGAL? O.Ndoye, B Ndong, M. Mbodj, H. Touré Sow, S.Seck Gassama Service de biophysique et de médecine nucléaire, Université de Dakar, Senegal

Les techniques d'imagerie nucléaire sont largement utilisées en Afrique; pourtant le Sénégal vient d'acquiescer sa première Gamma Caméra de l'histoire. Sans être une technologie innovante, ce dispositif va révolutionner la prise en charge de bon nombre de pathologies en médecine interne y compris en néphrologie.

Il est légitime eu égard à notre expérience de «revisiter» les démarches afin d'optimiser les stratégies de prise en charge par une incitation à la prescription à bon escient de la scintigraphie y compris dans les autres disciplines. Une estimation de l'efficacité répond à cette problématique; L'impact diagnostique doit être évalué en tenant compte du contexte médico-économique. Dans cette étude, nous envisagerons les indications prioritaires et le plus fort impact des scintigraphies sur la prise en charge; l'objectif étant de mieux définir la place dans les algorithmes de prises en charges afin d'optimiser l'utilisation de la Gamma Caméra et obtenir une meilleure lisibilité et un avenir plus confortable de la médecine nucléaire comme discipline peu connue au Sénégal.

P 71

CRISE RENALE INAUGURALE D'UNE SCLERODERMIE: A PROPOS D'UNE OBSERVATION AU CHU DE BICHAT

BAH A.O.*, BALDE M.C., KABA M.L. * BAH K.H.*, DUPUIS E.**, VRTOVNIK E.****

* Service de Néphrologie et Hémodialyse du CHU de Conakr, BP 234 ** Service de Néphrologie et Hémodialyse de l'Hôpital Bichat, Université Paris VII 46, rue Henn Huchard 75018, Paris

Introduction: La crise rénale aiguë est une complication redoutée de la sclérodémie. Elle est définie par la survenue chez un patient sclérodémique, d'une hypertension artérielle sévère d'une insuffisance rénale rapidement progressive des patients résent en dialyse définitive.

Observation: Nous rapportons l'observation d'une crise rénale aiguë de la sclérodémie singulière par le caractère inaugural et la présentation avec des lésions cutanées limitées, voire «sine scleroderma», formes habituellement non associées à la crise rénale aiguë de la sclérodémie. Il s'agit d'une patiente de 51 ans d'origine Sénégalaise hospitalisée pour une insuffisance rénale aiguë de découverte fortuite dans un contexte de poussée d'hypertension artérielle maligne et de stigmate de microangiopathie thrombotique. L'interrogatoire révèle des antécédents et de syndrome de Raynaud non explorés. L'examen cutané est pauvre. Le bilan

immunologique est négatif en dehors des facteurs anti-nucléaires. Une ponction biopsie rénale retrouve des lésions typiques de crise sclérodémique.

Conclusion: La crise rénale sclérodémique inaugurale est de diagnostic difficile si elle survient chez des patients qui ne présentent que peu ou pas de lésions cutanées, nécessitant ainsi le recours à la biopsie rénale.

Mots Clés: Sclérodémie systémique; complication, crise rénale aiguë.

P 72

EBV LYMPHOPROLIFERATIVE SYNDROME A CHILD KIDNEY TRANSPLANTATION

Dr BADAOUI. Pr SEBA, Algeria

The pattern of malignancies that occur in the paediatric graft population is different from that in the general paediatric population and in population of adult organ transplant recipients. We report a case of non Hodgkinien lymphoma occurring in a female child transplanted kidney after one year follow up, aged 08 years, treated by DPCA before transplantation, until the age of eight years for an underdetermined nephropathy, than transplanted in May 2008 from a living related donor (mother). She has positive serology in CMV, HHV6, and negative for EBV, HIV. Induction therapy consisted in simulect and prednisolone, maintenance therapy: was association of tacrolimus – MMF and prednisone. The apparition of anemia and anorexia one year behind renal transplantation, and a clinical signs as soon as weight loss, digestive disorders: melena, liver and splenic mass, adenopathy, justified biological and radiological and radiological investigations: objectived: anemia, Hb:7g/dl and inflammation/no cial investigations: objectived: anemia, Hb:7g/dl and inflammation/no cells malignant in his blood. CT scan, with injection: the process of tumor ileo caecal junction adenopathy with small satellities, and secondary hepatic localization. EBV PCR: Strong Positive. The diagnosis of non-Hodgkin lymphoma was confirmed, conducted to stopping tacrolimus and lowering the MMF dose. The therapeutic consisted in Rituximab 375 mg/m² 4 cures at weekly intervals.

In the following up, patient has a good early evolution concerning here malign disease.. and complete remissio, with good renal function: GFR:92ml/min.

Conclusion: Early detection of cancer in transplant recipients is of great importance. Regular screening of persistent Epstein – Barr virus (EBV) DNA viral load in patients at risk for developing PTLD is recommended.

P73

FACTEURS PREDICTIFS DE LA LYMPHOCELE APRES TRANSPLANTATION RENALE

Mouram H., Benhima., F, Mattous. M, Sabri.S, Benamar.L, Ouzeddoun.N, Rhou H, Bayahia.R, Ezaitouni.F. Service de Néphrologie, hémodialyse et transplantation Rénale. CHU Ibn Sina de Rabat. MAROC

Introduction: La lymphocèle après transplantation rénale. (TR) est une complication assez fréquente, malgré toutes les précautions techniques prises. Son traitement est encore controversé. Les but de notre étude est d'analyser l'incidence de la lymphocèle après TR et d'identifier les facteurs de risque associés.

Méthodes: Sur une période de 29 ans (1981-2010), 84 patients transplantés rénaux ont été suivis dans notre formation. Nous avons étudié différents paramètres concernant le receveurs, donneur, déroulement et de la greffe rénale.

Résultats: Quatorze patients (16,6%) ont développé une lymphocèle après un délai moyen de 2,7 [à 20] mois de la transplantation rénale. L'âge moyen était de 42,07 +/- 10,70 ans avec un sexe de 0,55. Deux patients (14,3%) ont été greffés, à partir d'un donneur cadavérique et 12 (85,7%) à partir d'un donneur vivant. Le temps d'ischémie froide était supérieure à 24 heures chez les 2 patients greffés à partir du donneur décédé. Presque la totalité des patients (13/14) avec une lymphocèle recevaient un traitement immunosuppresseur d'entretien à base de mycophénolate mofétil (MMF). Le traitement de la lymphocèle a consisté en une marsupialisation chez 4 patients (28,6%) en raison de son caractère compressif, et une abstention thérapeutique avec surveillance échographique régulière chez les autres. L'évolution a été marquée par une stabilisation de la fonction rénale dans 64,3% des patients et une amélioration dans 28,6% des cas. La créatinémie moyenne était de 18,35 +/- 11,55 après un suivi moyen de 77,36 +/- 30,33 mois (10 à 120 mois). L'âge du receveur était un facteur de risque statistiquement significatif (p=0,05), l'origine cadavérique et l'utilisation du MMF (p=0,92 et 0,27 respectivement) n'étaient pas des facteurs prédictifs de la survenue lymphocèle dans notre étude.

Conclusion: L'incidence de la lymphocèle après TR est très variable, ceci être expliqué par la diversité des modalités techniques (utilisation de clips, ligature) et l'absence du dépistage systématique. La marsupialisation par voie coelioscopiques constitue un traitement de choix lorsque la lymphocèle est symptomatique.

P 74

REFLUX VESICOURTERAL APRES TRANSPLANTATION RENALE: PROPOS DE 6 CAS

Moyram, H, Benasila.S, Mattous,M, Elharraqui.R, Benamar.L, Ouzeddoun.N, Rhou.H, Bayahia.R, Ezaitouni.F. Service de néphrologie-Dialyse – transplantation Rénale. CHU Ibn Sina-Rabat, Maroc

Introduction: Le reflux vésico-urétéral (RVU) constitue une complication chirurgicale non négligeable après transplantation rénale (TR). Son diagnostic peut être évoqué chez des patients présentant des infections urinaires à répétitions ou sur un terrain prédisposé. Le but de notre étude est de décrire le profil étiologique et évolutif du RVU après TR et son retentissement sur la fonction rénale à moyen et à long terme.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans l'unité de transplantation rénale du CHU Ibn Sina de Rabat depuis 1981 jusqu'à décembre 2010. Nous avons analysé les caractères cliniques et biologiques concernant le receveur (âge, sexe, néphropathie initial, circonstances de découverte du RVU, délai d'apparition), conditions de la greffe (type d'anastomose urinaire, complications urologiques), ations urologiques), du donneur (type du donneur) et le profil évolutif au moyen et long terme.

Résultats: Nous avons colligé 84 patients transplantés rénaux cette période dont 6 cas de RVU après TR (7, 14%). La greffe était à partir d'un donneur vivant apparenté chez 3 malades, un donneur en état de mort encéphalique chez les autres. La néphropathie initiale était un RVU bilatéral chez 2 patients, une néphropathie diabétique chez un patient, une glomérulopathie chronique chez un patient et d'étiologie indéterminée chez 2 cas. L'anastomose était de type Lich et Grégoir chez 4 patients, urétéro-urétérale chez 2 patients. Le RVU a été découvert suite à des infections urinaires à répétitions chez 67% des patients et devant l'aggravation de la fonction rénale chez 33% des cas après un délai moyen de 56 mois de la TR. L'urétrocystographie rétrograde (UCG) a été le moyen diagnostique chez tous les patients. Aucun des patients n'a bénéficié d'un geste chirurgical, et le traitement a été favorable au moyen et long terme avec une créatinémie moyenne de 12,16mg/g soit une clairance de 85ml/min/1,73 selon la formule de MDRD.

Conclusion: Le RVU après TR demeure une complication chirurgicale encore peu connue en raison de l'absence de sa recherche systématique. Il peut se révéler par des infections urinaires à répétition, une insuffisance rénale aiguë ou dans des rares cas découverts de façon fortuite. Son dépistage est nécessaire car se méconnaître peut conduire à la perte du greffon rénale à long terme

P 75

HYPERPARATHYROIDIE SEVERE CHEZ UNE HEMODIALYSEE CHRONIQUE: A PROPOS D'UN CAS.

Mouram.H, Mattous.M, Sabri.S, Ouzeddoun.N, Rhou.H, Ezaitouni.F, Bayahia.R Bemamar.L

Service de néphrologie, hémodialyse et transplantation Rénale. CHU Ibn Sina de Rabat, MAROC

Introduction: Les complications osseuses de l'hyperparathyroïdie (HPT) secondaire à l'insuffisance rénale chronique (IRC) sont variées et surviennent lors des formes sévères. Elles intéressent préférentiellement les os de la face, le bassin, les côtes et le fémur.

Méthodes: Nous rapportons un cas d'une tumeur brune mandibulaire avec déformation faciale chez une hémodialysée chronique compliquant une hyperparathyroïdie secondaire sévère non contrôlée par le traitement médical.

Résultats: Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans, hémodialysée chronique depuis 20 ans. Sa néphropathie initiale est indéterminée. Admise dans un tableau d'hyperparathyroïdie sévère associée à une tumeur du massif maxilo-mandibulaire. L'examen clinique a trouvé en cimier, des pieds en «équin» et des doigts en baguette de tambour. La déformation faciale a intéressé l'ensemble de la mandibule qui était exostotante sans bombement du palais osseux. Le bilan biologique a révélé un taux de PTHi supérieur à 4500pg/ml, la calcémie corrigée était à 80mg/l, le phosphore à 75mg/l, phosphatases alcalines à 16mg/l. Les radiographies standards ont montré une déminéralisation diffuse avec disparition des houppes phalangiennes. L'échographie cervicale a révélé un nodule parathyroïdien et le scanner facial a montré une hypertrophie osseuse d'aspect micronodulaire de la maxillaire supérieure. Le traitement a consisté en une parathyroïdectomie 7/8 avec à l'étude anatomopathologique une hyperplasie parathyroïdienne bénigne. Aucun geste chirurgical n'a été réalisé sur la tumeur maxilo-mandibulaire qui s'avérait très mutilant vu l'étendue des lésions. L'évolution immédiate a été marquée par une diminution nette de la tuméfaction faciale, des douleurs osseuses et un taux de PTHi à 90 pg/ml, une calcémie corrigée à 90mg/ml, une phosphorémie à 50mg/ml, PAL à 500 UI/ml. **Conclusion:** Les tumeurs brunes sont observées chez patients en IRC lorsque l'HPT secondaire est sévère persistante. Le dépistage et le traitement précoce des anomalies phosphocalciques, sont nécessaires chez tout malade IRC afin d'éviter l'apparition des complications plus invalidantes.

P 76

POLYGLOBULIE DE VAQUEISANCE et insuffisance rénale.

B. Boudida, F.Berkchi, H.Rhou, F. Ezaitouni, L.Benamar, N.Ouzeddoun
Néphrologie, dialyse et Transplantation Rénale, CHU Ibn Sina Rabat, Maroc

Introduction: La polyglobulie de Vaquez (PV) est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération prédominante sur la lignée érythroblastique. La fréquence de l'atteinte rénale y est inconnue et peut avoir plusieurs étiologies. Nous rapportons 2 cas de PV avec insuffisance rénale.

Observation:

Observation 1: Patient âgé de 54 ans, qui présente une PV Diagnostiquée à l'occasion de signes cliniques d'hyperviscosité sanguine, d'une thrombose vasculaire du membre supérieur gauche et d'un infarctus du myocarde. Un an après, il développe une insuffisance rénale à 308 micromol/l de créatinémie et une protéinurie à 3,4 g/j avec à l'échographie rénale des reins de taille normale mal différenciés. La biopsie rénale a montré des lésions vasculaires importantes d'origine thromboembolique.

Observation 2: Patient âgé de 47 ans, suivi pour PV depuis 1996 traité par hydroxyurée et saignées. En 2007, il est admis pour HTA sévère et protéinurie néphrotique. Au bilan, on découvre une insuffisance rénale avancée avec une clairance de la créatinine à 9 ml/min. L'échographie rénale a révélé des reins de petite taille différenciés. La biopsie rénale n'a pas été faite et le patient a été mis en hémodialyse périodique. Elle est représentée essentiellement par une néphropathie à IgA, une glomérulose sclérotose segmentaire et focale et une prolifération mésangiale avec atrophie tubulaire et fibrose interstitielle.

Conclusion: les complications rénales comme la néphropathie hypertensive, les dépôts d'acide urique et les thromboses des veines rénales dues à la polyglobulie et peuvent être réversibles après traitement optimal de la maladie. L'atteinte parenchymateuse primitive est rare et n'a été décrite que dans que dans quelques cas.

P 77

NEPHROPATHIE PRIMITIVE A IGA AVEC EXTRACAPILLAIRE

B.Boudida, F.Berkchi, H. Rhou, F. Ezaitouni, L.Benamar, R. Bayahia, Z.AL

hamany, N.Ouzeddoun Néphrologie, dialyse et Transplantation Rénale, CHU Ibn Sina Rabat, Maroc

Introduction: La néphropathie primitive à IgA avec extracapillaire est une entité peu étudiée du fait de sa faible prévalence. Son pronostic semble être médiocre et aucune thérapeutique claire ne peut être proposée actuellement. Le but du travail est d'étudier les caractéristiques anatomo-cliniques et le profil évolutif de cette forme.

Méthodes: Une étude rétrospective a été menée sur les cas de néphropathie à IgA biopsiées au service entre 2000 et 2010. Ont été inclus les patients avec une biopsie rénale comportant au moins 10 glomérules en microscopie optique et des dépôts mésangiaux d'IgA à l'immunofluorescence. Ont été exclus les patients avec un tableau de purpura rhumatoïde, de lupus ou d'hépatopathie chronique. Dans le groupe de patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion (n=34), nous avons distingué 2 groupes: 1/le groupe A: prolifération extracapillaire dans plus 50% des glomérules (n=6), 2/le groupe B: pas de prolifération extracapillaire (n=28). Les caractéristiques clinique, biologiques, histologiques et évolutives de ces patients ont été analysées. La comparaison des variables dans les deux groupes s'est faite par le test Fisher et le Mann et Whitney.

Résultats: L'âge moyen des patients est de 30±13 ans avec un sexe ratio de 2. La durée de suivi est de 22, 5±17, 8 mois. Dans le groupe A, on note un tableau de GNRP dans 4 cas, une hématurie chez tous

les patients, une hypertension artérielle dans 3 cas et un syndrome néphrotique dans 3 cas. L'insuffisance rénale est significativement plus fréquente dans le group A (4cas/6) que B(1 cas /28) avec p=0,004.

Dans le groupe A, on note 1 patient avec croissants épithéliaux, 4 patients avec croissants fibro-épithéliaux, 1 patient avec croissants fibreux et 4 patients avec lésions tubulo-interstitielles chroniques. Durant la période de suivi, un patient a progressé vers l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) dans le groupe A et aucun dans le groupe B. Aucun cas de décès n'est noté dans les 2 groupes durant la période de suivi.

Conclusion: Si la néphropathie à IgA est globalement considérée comme de bon pronostic, la forme avec extracapillaire progresse vers l'IRCT dans 20% l'étude de Tang et al. et dans un cas sur 6 dans notre étude.

P 78

ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE EN POST TRANSPLANTATION RENALE:

A PROPOS DE DEUX CAS

Fradi.A., Sautout. W, Azzabi.A, Zellama.D, Bel Arbia.A, Guedri.Y, Mrabet.S, Sabri.F, Achour.A.

Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale CHU Sahloul Souss - 4054 - TUNISIE

Introduction: Les complications infectieuses représentent le tribut à payer à l'immunosuppression indispensable pour prévenir le rejet d'allogreffe chez les transplantés rénaux; les pneumopathies opportunistes demeurent notre hantise puisqu'elles s'associent à une mortalité élevée en particulier en cas d'infections fongiques. Ces dernières peuvent être en rapport avec une candidose et/ou une aspergillose pulmonaire invasive.

Observatio: Nous rapportons deux observations de greffés rénaux présentant une aspergillose pulmonaire invasive.

Observation N° 1: Patient âgé de 17 ans transplanté rénale à partir d'un donneur vivant apparenté (sa soeur). Il a reçu une immunosuppression d'induction à base de Thymoglobuline et Méthylprednisolone (MP). Le traitement immunosuppresseur d'entretien a associé corticoïdes, Tacrolimus et Mycophénolate Mofétil. L'évolution était favorable (créat à 70µ mol/l et DFG à 85ml/min). Dix mois après, le patient a été hospitalisé pour fièvre, dyspnée toux sèche, hémoptysie et arthralgies. L'auscultation pulmonaire initialement normale, a révélé ensuite des râles crépitants. Sur le plan biologique: hyperleucocytose à 17000/mm, CPR élevée à 260mg/l, aggravation de la fonction du greffon (créat à 312 µ mol/l) Le bilan radiologique a montré un infiltrat alvéolaire diffus. Le patient a reçu une antibiothérapie empirique. Deux jours après, nous avons observé une aggravation de la dyspnée avec hypoxémie sévère. Le lavage broncho-alvéolaire (LBA) a montré la présence d'Aspergillus et de candida Albicans avec des sérologies négatives; il était de même qu'une éventuelle réactivation du cytomégalovirus. Un traitement antifongique par Voriconazole était prescrit pendant 11 jours avec dégression des doses anticalcineurines. L'évolution clinique était bonne avec amélioration clinique, nettoyage radiologique et récupération de la fonction rénale.

Observation N°2: Il s'agit d'un patient de 20 ans, greffé rénale le 18/05/2010 à partir d'un donneur cadavérique, sa néphropathie initiale étant une néphronopathie. Il a eu le même protocole de traitement immunosuppresseur que le 1er cas avec des suites opératoires simples. Néanmoins, nous avons noté les complications suivantes: - rejet aigu cellulaire à 1 mois post greffe traité par trois bolus de MP avec par conséquent une infection à CMV (réactivation) traitée par du Gancyclovir pendant 14 jours, - dilatation urétéro-pyélocalicelle du greffon secondaire à un urètre trop long avec mauvaise rotation du greffon occasionnant un effet d'obstacle intermittent, - tubulopathie avec polyurie et hypokaliémie. Nous l'avons réhospitalisé en Aout 2010 pour aggravation de la fonction du greffon, toux et fièvre avec un syndrome inflammatoire biologique et un aspect de pneumopathie interstitielle à la radio pulmonaire: une double antibiothérapie par claforan et ciprofloxacine a été initiée avec une évolution défavorable d'où la pratique d'un LBA ayant mis en évidence un Candida Albicans associé à un Aspergillus fumigatus. Le scanner thoracique a montré un aspect micronodulaire diffus. Le patient était initialement mis sous Voriconazole sans amélioration avec une localisation neurologique, un traitement par Casidas a été ainsi mis en route en urgence avec une bonne réponse.

Discussion-Conclusion: L'aspergillose pulmonaire invasive est l'infection fongique pulmonaire la plus fréquente et la plus redoutable chez les transplantés rénaux. Elle s'associe parfois à la perte du greffon ainsi qu'à un taux élevé de décès. L'adaptation du traitement immunosuppresseur (monitorage), la prévention des épisodes de rejet aigu et des autres infections pourraient réduire le risque de survenue de cette complication.

P 79

HYALINOSE SEGMENTAIRE ET FOCALE ASSOCIEE A UNE PREECLAMPSIE

(A PROPPS DE DEUX CAS) R .Rifai I, FZ. Berkchi I, I.Haddiya I, H.Rhou I, L.Benamar I, F.Ezaitouni I, Z.EI hammy 2, R.Bayahia I, N.Ouzeddoun I
Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale; Service d'Anatomie Pathologique, C.H.U Ibn Sina-Rabat-Maroc.

Introduction: L'association d'une Hyalinose segmentaire et focale à une pré éclampsie a été décrite pour la première fois en 1985. But: Rapporter deux cas de hyalonoze segmentaire et focale, associés à une pré éclampsie

Observation:

Cas 1: Patiente de 26 ans, GP P3, ses deux premières grossesses sont déroulées normalement alors qu'à la 3ème grossesse, elle a présenté une pré éclampsie à 34 SA. Elle a accouché à terme d'un nouveau né vivant. Un mois plus tard, la patiente a présenté un syndrome néphrotique profond avec une HTA, une fonction rénale normale et un sédiment urinaire inactif sans signes extrarénaux. Le bilan immunologique est négatif. La biopsie rénale est hyalinose segmentaire et focale. La patiente a reçu un traitement néphroprotecteur et antiprotéinurique. 3 mois plus tard, l'évolution est marquée par la persistance du syndrome néphrotique.

Cas 2: Patiente de 43ans, G2P2, première grossesse en 2004 s'est soldée d'un accouchement à 32 SA d'un prématuré décédé à J10, 2ème grossesse en 2006 avec notion de pré éclampsie à 24 sa compliquée d'éclampsie à 32 SA avec rupture utérine et mort né. 1 mois plus tard, la patiente était hospitalisée pour protéinurie persistante sans HTA ni signes extrarénaux avec une fonction rénale normale et un sédiment urinaire inactif. Le bilan immunologique est négatif. La biopsie rénale a révélé une hyalinose segmentaire et focale. La patiente a reçu un traitement symptomatique. L'évolution était marquée par la négativation de la protéinurie au bout de 5 mois avec fonction rénale toujours normale.

Discussion: La fréquence de l'association d'une HSF à une pré éclampsie varie entre 35% et 71%. Sa physiopathologie est controversée. L'évolution est souvent favorable spontanément. Le pronostic est généralement bon avec possibilité de grossesse ultérieure normale.

Conclusion: Il s'agit d'une association néphro-obstétricale particulière avec une bonne évolution spontanée et de bon pronostic.

P 80

AMYLOSE RENALE SECONDAIRE A LA MALADIE DE BEHÇET (A PROPOS D'UN CAS)

R .Rifai I, FZ.Berkchi I, I.Haddiya I, H.Rhou I, L.Benamar I, F.Ezaitouni I, Z.EI hammy2, R.Bayahia I, N.Ouzeddoun. Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation rénale; Service d'Anatomie Pathologique C.H.U Ibn Sina –Rabat-Maroc

Introduction: L'atteinte rénale au cours de la maladie de behçet est exceptionnelle, elle a été décrite pour la première fois avec documentation histologique en 1970.

But: rapporter un cas d'amylose rénale de la maladie de behçet avec confirmation histologique

Observation: Patiente de 32 ans, suivie pour maladie de behçet depuis dix ans. La maladie a été retenue devant l'association d'une aphtose bipolaire récidivante et une uvéite. Un traitement à base de corticoïdes et cyclophosphamide était instauré. En Juillet 2009, elle présente un syndrome néphrotique avec une fonction rénale normale, un sédiment urinaire inactif et sans HTA. La biopsie rénale a montré une amylose de type AA. Par ailleurs, il n'y avait aucun signe d'appel d'autres atteintes amyloïdes viscérales. La patiente est traitée par Colchicine et diurétiques. 4 mois plus tard, l'évolution est marquée par la persistance d'une protéinurie non néphrotique et une fonction rénale toujours normale.

Discussion: La fréquence de l'amylose au cours de la maladie de behçet varie entre 0,5 et 3%. Elle apparaît à 10 ans après le début de la maladie et se manifeste le plus souvent par une protéinurie et/ou un syndrome néphrotique. Outre l'amylose, l'atteinte rénale peut comporter une néphropathie glomérulaire, une atteinte vasculaire ou une néphropathie induite par la ciclosporine A

Conclusion: L'atteinte rénale de la maladie de behçet est rare et dominée par l'amylose. Celle-ci peut évoluer vers l'insuffisance rénale chronique et peut conditionner le pronostic incitant à la dépister chez tout patient porteur de cette maladie.

P 81

NEPHROPATHIE A IGM (A PROPOS D'UN CAS) R .Rifai I, FZ.Berkchi I, I.Haddiya I, H.Rhou I, L.Benamar I, F.Ezaitouni I, Z.EI hammy2, R.Bayahia I, N.Ouzeddoun

Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale; Service d'Anatomie Pathologique C.H.U Ibn Sina –Rabat-Maroc

Introduction: La néphropathie à IgM est une glomérulonéphrite mésangiale proliférative diffuse rare, caractérisée par la présence de dépôts mésangiaux d'IgM ou d'autres immunoglobulines avec prédominance d'IM.

But: Rapporter un cas de néphropathie à IgM

Observation: Patiente de 5 ans, qui a présenté un syndrome néphrotique profond sans signes extrarénaux avec une HTA, une insuffisance rénale aiguë et un sédiment urinaire normal. Le bilan immunologique est négatif. La biopsie rénale a révélé une néphropathie à IgM avec prolifération mésangiale à la microscopie optique et à l'immunofluorescence des dépôts mésangiaux d'IgM. La patiente a reçu un bolus de méthylprédnisolone relayé par une corticothérapie orale. L'évolution est marquée par la persistance d'une protéinurie néphrotique à 4g/j et une insuffisance rénale à 15mg/l de créatininémie après un recul de 8 mois.

Discussion: La néphropathie à IgM a été décrite pour la première fois en 1978, elle est caractérisée par une prolifération cellulaire mésangiale à la microscopie optique et à l'immunofluorescence par des dépôts mésangiaux diffus d'IgM. Le tableau clinique fait souvent d'une syndrome néphrotique isolé, parfois une hématurie et/ou une protéinurie. Le traitement reste un sujet de controverses, mais aucun traitement

efficace à long terme n'est démontré. Le pronostic reste réservé avec risque de glomérulosclérose segmentaire et focale, d'insuffisance rénale chronique terminale et de récidive après transplantation rénale.

Conclusion: La néphropathie à IgM est une pathologie rare, sans alternative thérapeutique efficace et le pronostic reste réservé.

P 82

APPORT DE LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE CHEZ L'HEMODIALYSE CHRONIQUE.

Sabri S*, Hala M.*, Bamaarouf S.*Daoudi FZ**, Ouazzani H**, Ouzeddoune N.*,

Ezzaitouni F*, Rahou H.*, Ouazzani L**, Benamer L*, Bayahia R.*
Service de néphrologie*, Médecine B**, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction: Les troubles digestifs sont de plus en plus fréquents au fur et à mesure que l'insuffisance rénale progresse. Le but de ce travail était de déterminer la prévalence des lésions digestives hautes chez les patients en hémodialyse périodique et d'évaluer l'apport de la fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) chez cette population.

Matériels et Méthodes: Etude transversale sur une période de 2 mois, La FOGD a été proposée à 55 hémodialyses chroniques, 24 patients ont accepté. Nous avons recueillis toutes les données cliniques, biologiques à partir des dossiers médicaux. La biopsie a été faite de façon systématique sauf chez deux patients sous anticoagulants.

Résultats: vingt quatre patients ont été inclus dans l'étude. Il s'agissait de 9 hommes (37,5%) et 15 femmes (62,5%) . L'âge moyen était de 43,8±13 ans (27-90). La durée moyenne de dialyse est de 145,8±44 mois (60-228 mois). Les symptômes digestifs ont été retrouvés chez 92% des patients: il s'agissait de vomissements (62%), d'une dyspepsie (58%), d'épigastalgies (25%), de troubles de transit (75%), et de moelena (4%)

La FOGD a montré des lésions chez 22 patients (92%): une oesophagite (21%), une gastrite antrale (87, 5%), une pangastrite (4,2%) une bilbite (37,5%), et une duodénite (33%). Aucun cas de néoplasie n'a été noté. La recherche d'helicobacter pylori (HP) était positive chez 62,5% des malades. Un traitement spécifique a été instauré dans tous les cas.

Discussion: Les lésions digestives sont fréquemment associées à l'insuffisance rénale. Elles sont symptomatiques dans 70 à 79% des cas. L'HP est mise en évidence dans 49 à 66% des cas, sans qu'il y ait de corrélation entre sa présence et celle des lésions organiques chez l'insuffisant rénale chronique.

Conclusion: La prévalence élevée des complications digestives hautes chez les patients hémodialysés chronique impose une surveillance rigoureuse et la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques efficaces.

P 83

TUBERCULOSE PERITONEALE EN DIALYSE PERITONEALE CONTINUE

AMBULATOIRE: A PROPOS D'UN CAS.

Sabri S, Slimani H.M., Bekkaoui S., Benhima FZ., Berkchi FZ, Ouzeddoune N., Ezzaitouni F, Rahou H., Benamer L., Bayahia R. Service de néphrologie, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction: La dialyse péritonéale (DP) est une méthode d'épuration extra rénale qui peut être proposée en première intention chez les patients en insuffisance rénale terminale. Son évolution peut être émaillée de complications infectieuses. Nous rapportons un cas de tuberculose péritonéale (TP) chez une patiente en dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA).

Observation: Il s'agit d'une patiente âgée de 50 ans, qui présente quatre mois après sa mise en DP une altération de l'état général, une fièvre, des douleurs abdominales, une diarrhée, des vomissements et un dialysat trouble.

La biologie retrouve un syndrome inflammatoire et une hypercalcémie. L'analyse du liquide de dialyse montre une hyperleuco-cytose initialement à prédominance lymphocytaire (L) puis à polynucléaires neutrophile (PNN). Les cultures étaient stériles. Une antibiothérapie empirique a été démarrée sans amélioration. La TDM abdominale a objectivé des adénopathies. Une infection à mycobactérium tuberculosis (BK) a été suspectée avec réalisation d'une culture sur milieu de Lowenstein, et on démarre le traitement (ttt) antibacillaire: deux semaines après le début de la symptomatologie initiale. La culture du dialysat conclut à un BK huit semaines plus tard. Actuellement, au septième mois du traitement, on note une bonne évolution.

Discussion: La TP est rare (1% des péritonites en DP). La symptomatologie n'est pas spécifique. La prédominance des lymphocytes dans le liquide de DP n'est pas la règle. Le pronostic vital reste sévère vu le retard diagnostique et l'immunodépression de l'insuffisance rénale. Chez notre patiente le ttt présomptif démarré avant le résultat de la culture a permis d'améliorer le pronostic.

Conclusion: La TP doit être suspectée devant toute péritonite lymphocytaire ou à prédominance de PNN rebelle au traitement standard. Le traitement précoce est le seul garant d'un bon pronostic.

P 84

Tuberculose chez transplanté rénale Sabri S, Berkchi FZ., Benhima FZ., Bekkaoui S., Hadj sadek B., Ouzeddoune N., Ezzaitouni F., Benamer L., Rahou H., Bayahia R Service de néphrologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction: La tuberculose est 20 à 74 fois plus fréquente après transplantation que dans la population générale, surtout dans les pays endémiques tel le Maroc. Son diagnostic reste difficile. Le traitement est prolongé avec un riche d'interactions médicamenteuses. Nous rapportons deux cas de tuberculose pulmonaire après transplantation rénale (parmi 120 patients)

Observation n° 1: Mr I.B. âgé de 25ans, transplante rénale en 2004. L'évolution a été marquée par un épisode de rejet aigu retardé en avril 2008. En juillet 2008, le patient a présenté un syndrome fébrile isolé avec aggravation de la fonction rénale. La CRP était à 159mg/l. La recherche de BK dans les crachats et le sang, la sérologie de la tuberculose (test A60), l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine ainsi que

lemreste du bilan infectieux étaient négatifs. La TDM thoracique retrouvait un nodule pulmonaire de 12,5 mm du lobe supérieur droit. L'évolution sous traitement antibactérien (tt); poursuivi pendant 9 mois; était bonne.

Observation n° 2: Mr G.R. âgé de 36 ans, transplanté rénale en 2006. Le patient présentait de bronchites à répétition. La recherche de BK dans les crachats était négative. L'IDR à la tuberculine était positive à reprises à 35 et 25 mm respectivement. La TDM thoracique retrouvait un nodule de 17mm au niveau de lobe inférieur gauche. Le tt a été poursuivi pendant 12 mois avec une bonne évolution. Les doses de ciclosporine ont dûes être augmentées progressivement dans les 2 cas (de 200 à 600mg/j et de 150 à 400mg/j respectivement) en fonction des niveaux sanguins.

Discussion et Conclusion: L'incidence de la tuberculose chez les transplantés rénaux varie entre 0, 5 et 15% selon le niveau d'endémie. Dans notre travail, elle faible de l'ordre de 1,6% (malgré l'endémicité de la tuberculose au Maroc), ce peut être expliqué par un dépistage exhaustif. La localisation pleuro-pulmonaire survient dans 48 à 54% des cas. Les facteurs de risque sont le diabète. Le nombre d'épisodes de rejet, les hépatopathies chroniques, et la nature du traitement immunosuppresseur. Le traitement antibactérien peut exposer au risque de rejet en l'absence d'ajustement posologique des anticalcineurines.

P 85

ASSOCIATION RARE: NEPHROPATHIE DIABÉTIQUE ET UNE GLOMERULONEPHRITE MEMBRANOPROLIFÉRATIVE (GNMP) DE TYPE 1 SECONDAIRE A UNE LEUCÉMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE (LLC)

S Bekaoui (1); H Hamzaoui (1); Z Alharmany(2) ; L Rouas (2); S Benassila (1); S Sabri (1); H Rhou (1); L Benamer (1); R. Bayahia (1); N Ouzeddoun (1); (1) Néphrologie-Dialyse-Transplantation Rénale, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc (2) Anatomie Pathologique, CHU Ibn Sina, Hôpital Enfant, Rabat, Maroc

Introduction: La glomérulosclérose nodulaire est la lésion histologique rénale la plus fréquente chez la diabétique. D'autres néphropathies peuvent se surajouter justifiant la biopsie rénale devant l'apparition de signes cliniques atypiques. Nous rapportons le cas d'une néphropathie diabétique (ND) associée à une GNMP de type 1 secondaire à une LLC.

Observation: Mr A.T, âgé de 60 ans, admis au service pour un syndrome néphrotique profond. Dans ses antécédents; on note un diabète de type 1 connu depuis 30 ans; compliqué d'une rétinopathie et d'une hypertension artérielle. L'examen clinique retrouve en état d'anasarque avec des adénopathies axillaires et cervicales bilatérales. Le bilan montre une hématurie microscopique et une insuffisance rénale (Créatinine: 132µmol/l). Les restes du bilan objective une hyperleucocytose à 55600/mm³ à prédominance lymphocytaire (38500/mm³), sans syndrome inflammatoire (CRP: 2g/l), une fraction C3 du complément basse, un bilan immunologique (AAN, anti-DNA, cryoglobulinémie, ANCA) et sérologique (HIV, hépatite B et C) négatifs. L'échographie abdominale révèle une splénomégalie. La biopsie rénale, indiquée devant la profondeur du syndrome néphrotique, les signes extra-rénaux et le complément bas; objective une glomérulosclérose nodulaire d'origine diabétique associée à une GNMP de type 1 et un infiltrat interstitiel lymphoïde péri vasculaire suspect d'un processus lymphomateux. La biopsie ostéo-médullaire est en faveur d'une LLC.

Conclusion: Notre observation soulève l'intérêt diagnostique de la biopsie rénale chez tout diabétique qui présente des signes atypiques de ND. Chez notre malade, elle a permis de mettre en évidence une hémopathie maligne.

P 86

PREVALENCE DE L'ANÉMIE CHEZ LES PATIENTS INSUFFISANTS RENAUX CHRONIQUES DE DAKAR NDIAYE FS, Cisse MM, Fall S, Ka EF, Gueye S, Seck SM, Ba S, Niang A, Diouf B Service de Néphrologie, CHU A, Le Dantes, Dakar

Introduction: L'anémie est la complication hémotologique la plus fréquente au cours de l'IRC. Nous avons mené cette étude afin de mieux analyser les facteurs épidémiologiques associés à la survenue de l'anémie.

Patients et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective de 18 mois (janvier 2008 à juin 2009) menée au service de néphrologie-médecine interne de l'hôpital Aristide le Dantec (HALD). Ont été inclus tous les patients présentant une insuffisance rénale chronique régulièrement suivis dans le service depuis au moins six mois et ayant un bilan biologique complet. Le recueil des données s'est fait à partir d'une fiche d'enquête standardisée comportant différents paramètres épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs. Ces données ont été consignées sur une fiche d'enquête informatisée à l'aide du logiciel Epi Info Version 3.3.2, ensuite analysées avec le logiciel SPSS 15.0.

Résultats: 175 patients ont été retenus pour l'étude. L'âge moyen était de 50,3 ± 2,1 ans, avec des extrêmes d'âge de 16 et 82 ans. Il y avait 98 femmes et 77 hommes soit un sex-ratio de 0,8. Sur les 175 patients 98 soit 56% étaient non dialysés; 77 soit 44% étaient en dialyse dont 66 ou 37,7% en hémodialyse (HD) et 11 ou 6,3% en dialyse péritonéale (DP). Les signes fonctionnels non spécifiques retrouvés étaient: l'asthénie chez 77 patients (44%), les vertiges dans 33,1% des cas, l'anorexie dans 28,6, la dyspnée d'effort dans 10,9%, les nausées et vomissements dans 4,8%, l'insomnie dans 2,9% et la dysfonction érectile dans 2,9%. L'anémie était retrouvée chez 134 patients (76,57%) dont 64 non dialysés, 62 soit 93,8% des hémodialysés et 9 soit 65,3% des patients non dialysés, 62 soit 93,8% des hémodialysés et 9 soit 81,8% des patients en DP. Le taux moyen d'hémoglobine était de 8,34 ± 0,47 en HD, 8,3±1,13 en DP et 9,44±0,52 chez les non dialysés. Le taux de fer sérique était normal chez 39 patients (22,2%), élevé chez 2 patients (3,8%) et bas chez 12 patients (23,6%). Clinique cinq (55) patients soit 36% ont reçu l'EPO. La dose moyenne était de 7830±6080 chez les hémodialysés, 4400 ±784 en DP et 4000 chez les non dialysés. Vingt huit (28) patients soit 18,9% des patients ayant une anémie ont bénéficié d'une transfusion sanguine. La prévalence de l'anémie augmentait au

far et à mesure que la clairance de la créatinine diminuait: 42,9% chez l'homme et 33,3% chez la femme pour un DFG entre 30 et 60 ml/min/1,73m² et de 100% chez l'homme et 94,4% chez la femme pour un DFG <15 ml/min/1,73 m². En HD, les patients sous 3 séances de dialyse de 4 heures par semaine, soit un total de 12 heures par semaine, avaient un taux moyen d'hémoglobine de 10,06 ± 0,3g/dl alors que ceux sous 2 séances de 5 heures soit 10 heures par semaine, avaient un taux moyen de 8,06 ± 0,47 g/dl. Nous avons noté 9 décès (13,6%) en HD et 1 (9,1%) en DP, tous les patients décédés avaient une anémie dont 40% un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl.

Conclusion: L'anémie constitue une complication fréquente et potentiellement grave chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique. Le traitement de choix au cours de l'urémie reste l'EPO.

Mots clés: insuffisance rénale chronique; anémie; Dakar.

P 87

HOW TO DEAL WITH SUPER OBESE PATIENTS (>350 KILOGRAM) SUFFERING FROM END STAGE RENAL DISEASE: THE FIRST TUNISIAN CASE:

Rais Lamia, Ben Fatma L, Ben Kaab B, Touati D, Zoughi K, Krid M, Smaoui W, Mestiri A*, Ben Maiz H**, Beji S, Dougui M*, Ben Moussa F. Department of Nephrology Rabta hospital, Tunis-Tunisia* Department of Internal Medicine FSI Hospital La Marsa, Tunis-Tunisia. ** Renal Pathology Laboratory LR00SP01, Charles Nicholle Hospital Tunis-Tunisia.

Introduction: Dialysis is currently the standard of care for the treatment of end stage disease (ESRD). However this treatment may sometimes be a true challenge in super-obese patients.

We describe our experience dealing with hemodialysis in super obese patients with chronic renal failure.

Case report: A 27 year old Tunisian man with a history of morbid obesity since his childhood was referred to our department in June 2010 for dyspnea, vomiting and advanced renal failure. On admission his body mass index was 110kg/m², his Blood Pressure 150/90mmHg, crepitations were heard in both lung fields on respiratory examination. Laboratory investigations: serum creatinine:650µmol/l, creatinine clearance 9.5ml/min (MDRD), Hb 7g/dl, Calcium:1.75mmol/l. Kidney ultra-sound could not be performed.

He was started on hemodialysis via a femoral catheter placed laboriously and later using a tunneled catheter with a good evolution.

Conclusion: We bring back many of the kidney and non-kidney related challenges during the care of the super-obese patients suffering from chronic renal failure requiring dialysis for life, especially as the patient is undergoing a new plague called "Obesity"

P 88

ASSOCIATION INFECTION A MICROSPORIDIE ET CHOLANGITE SCLÉROSANTE: A PROPOS D'UNE OBSERVATION: Ben K B, Rais Fatma L, Touati D, Beji S, Krid M, Smaoui W, Ben Maiz H*, Zoughi K, Ben Moussa F

Service de Néphrologie-Hémodialyse et Transplantation Rénale. Hôpital La Rabta. Tunis – Tunisie

*Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale LR 00 SP 01. Hôpital Charles Nicolle, Tunis – Tunisie

Introduction: L'infection à microsporidie est rare chez l'homme, elle se voit essentiellement chez les immunodéprimés notamment chez les malades infectés par le virus de l'HIV. Cette infection peut dans de rares cas être responsable d'une infection à microsporidies chez un diabétique type II ayant une insuffisance rénale chronique.

Observation: Mr S.M. âgé de 58 ans, diabétique type 11 au stade de complications dégénératives, est hospitalisé pour exploration d'une insuffisance rénale avancée. L'interrogatoire a trouvé la notion de diarrhée liquidienne non rythmée par les repas évoluant depuis 2 mois et de prurit intense. L'examen clinique a objectivé une altération de l'état général, une TA à 19/10cmHg, des œdèmes des membres inférieurs, une oligo-anurie avec aux bandelettes réactives protéinurie +++ et hématurie +++. A la biologie, présence de cylindres hématiques, créatininémie 783 µmol/l soit une clairance à 9 ml/min, calcémie à 95 mg/l, phosphorémie 70 mg/l, syndrome inflammatoire biologique avec CRP 43 mg/l et hypergammaglobulinémie à 15,8g/l d'allure polyclonale, anémie normochrome normocytaire à 8 g/dl, leucocytes à 9350 élt/mm³ avec hyper-éosinophilie à 980 élt/mm³, bilirubinémie à 16 mg/l, phosphatases alcalines à 568 U/l et gammaGT à 834 U/l. L'échographie abdominale a objectivé une hépatomégalie minime homogène sans dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques avec 2 reins de taille normale avec mauvaise différenciation cortico-médullaire. La PBR n'a pu être réalisée en raison d'une HTA résistance et l'installation secondaire de trouble de l'hémostase. Au bilan immunologique fraction C3 du complément consommée, cryoglobulinémie positive de type mixte, AAN positif à 1/100 avec Ac anti muscle lisse positif à 1/100 et Ac anti mitochondrie négatif. La sérologie de l'hépatite C et B ainsi que la PCR-HVC étaient négatives. L'examen parasitologique des selles a isolé des microsporidies. Devant ce tableau, une bili-IRM réalisée a conclu à un aspect en faveur d'une cholangite sclérosante. Le patient a été traité initialement par hémodialyse périodique et traitement symptomatique à base de Querastron®. L'évolution était défavorable avec décès du patient dans un tableau d'insuffisance hépato-cellulaire.

Discussion: Les infections parasitaires peuvent causer une cholangite sclérosante chez les patients immunodéprimés, la plus connue et la plus décrite est la cholangiopathie chez le sidéen souvent causée par la cryptosporidiose biliaire ou une infection à microsporidie à un stade avancé du sida. Les mécanismes par lesquels ces agents pathogènes causent une cholangite sclérosante ne sont pas bien élucidés.

Conclusion: L'originalité de notre observation réside dans l'association entre infection à microsporidie et cholangite sclérosante survenant chez un patient non sidéen, diabétique ayant une insuffisance rénale chronique.

P 89

LES MANIFESTATIONS RENALES AU COURS DES PATHOLOGIES RHUMATISMALES SYSTEMIQUES OU INFLAMMATOIRES: ETUDE DE 33 OBSERVATIONS AU SENEGAL.

Diallo S*, Cissé M**, EP**, Niang A**, Diouf B**, Pouye A*, Diop TM**
*Service de médecine interne, **service de néphrologie; CHU Le Dantec de Dakar-Sénégal

Introduction: Outre l'atteinte ostéo-articulaire, les pathologies rhumatismales systémiques ou inflammatoires peuvent s'accompagner de localisations rénales qui alors considérées comme des complications en raison de leur gravité, au même titre que les autres atteintes viscérales (cardiaques, pulmonaires, neurologiques, digestives ou hématologiques). Il importe donc de ne pas les méconnaître, car elles sont potentiellement graves. Objectif: Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques des manifestations rénales au cours des pathologies rhumatismales systémiques et inflammatoires dans un centre hospitalier au Sénégal.

Matériels et méthodes: étude rétrospective, de 2000 à 2010 de patients des services de médecine interne et de néphrologie du CHU Aristide Le Dantec, qui présentation une rénale dans le cadre de pathologies rhumatismales systémiques ou inflammatoires. Le diagnostic des affections rhumatismales, du type de néphropathie (glomérulaire, tubulo-interstitielle, vasculaire), ainsi que celui de la forme d'insuffisance rénale souvent associée (insuffisance rénale aiguë: IRA ou chronique:IRC), était porté à partir de la confrontation d'arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques, en accord avec des critères diagnostiques lorsque ceux-ci existaient.

Résultats: Durant la période d'étude, 33 observations avaient été colligées. Il s'agissait de 14 femmes et 19 hommes, d'âge moyen de 51 ans (extrêmes entre 17 ans et 18 ans). L'atteinte rénale était révélatrice du diagnostic de la pathologie systémique ou inflammatoire dans 1 cas, concomitant de celui-ci dans 1 cas et évolutif dans 31 cas (94% des cas). Le délai entre le début apparent de la pathologie systémique ou inflammatoire et celui de l'atteinte rénale était de 11 ans (extrêmes entre 1 mois et 40 ans). La symptomatologie clinique et paraclinique de l'atteinte rénale était évocatrice d'une néphropathie glomérulaire chez 19 patients (58% des cas), tubulo-interstitielle chez 8 patients (24% des cas) dont 3 avaient une lithiase urinaire et d'une néphropathie vasculaire chez 6 patients (18% des cas). Une insuffisance rénale était notée chez 22 patients (67% des cas) dont 4 IRA et 18 IRC. La ponction biopsie rénale avait été réalisée chez 7 patients. Les pathologies rhumatismales systémiques ou inflammatoires se répartissaient en: 4 cas de SGS primitif (dont 1 cas associé un syndrome d'activation macrophagique: SAM); 3 cas de polyarthrite rhumatoïde (PR) et SGS dont 2 compliqués dans 1 cas d'un SAM et dans l'autre d'une amylose AA; 2 cas de polymyosite (PM) et SGS; 2 cas de syndrome auto-immun multiple (association chez un même patient d'au moins 3 maladies auto-immunes distinctes faite dans 1 cas d'une association de LES+SGS+SAPL et dans l'autre de LES+PR+SGS); 1 cas de LES et SGS, 2 autres cas de SAM (1 cas associé à une infection par le VIH-1 au SIDA et 1 cas de paludisme); 2 cas de vascularite à ANCA et 5 cas d'amylose (3 types AL dont 2 associés à un myélome multiple et 2 AA associés respectivement à une lèpre lépromateuse, 1 PR+SGS: cas ci-dessus évoqué); 4 cas de spondylarthropathies dont 2 Ag HLA-B27+ (3 spondylarthrite ankylosante et 1 arthrite réactionnelle à Chlamydiae trachomatis) et 9 cas de goutte chronique. Les autres pathologies associées répertoriées chez les 33 patients susceptibles de participer à l'atteinte rénale étaient: 1 cas de cryoglobulinémie type II, 2 cas d'hémoglobinopathie (drépanocytose AS: 1 cas, thalassémie alpha: 1 cas), 2 cas de diabète non insulino-dépendant. La prise en charge avait constitué au traitement symptomatique de l'insuffisance rénale et des autres localisations extra-rénales ainsi que traitement étiologique ou de fond des pathologies rhumatismales systémiques ou inflammatoires. L'évolution fut favorable sauf chez 3 patients décédés.

Conclusion: L'association de manifestations rénales et de pathologies rhumatismales revêt un intérêt épidémiologique, diagnostique, physiopathologique, pronostique et thérapeutique. Nos observations soulignent entre autres, l'importance d'évaluer systématiquement le «bilan rénal» lors du bilan initial, du suivi systématique ou de reculture toute pathologie rhumatismale systémique ou inflammatoire.

Efficacité et sécurité de traitement initial associant alopindine/valsartan comparé à la l'amlodipine en monothérapie chez les patients noirs présentant une hypertension de stade

2: étude EX-STAND

JM Flack 1, DA Calhoun 2, L Satlin3, M Barbier4, R Hilkert3 et P Brunel 4
1 Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI, États-Unis;
2Vascular Biology and hypertensionProgram, Department of Internal Medicine,
University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL, États-Unis;
3Norvatis Pharmaceuticals Coporation, East Hanover, NJ, États-Unis et 4
Norvatis Pharma SA, Bâle, Suisse

La stratégie consistant à commencer le traitement de l'hypertension par une association plutôt que par une monothérapie a été formellement mise à l'épreuve lors d'une étude prospective à double insu, avec groupes parallèles, chez des Noirs atteints d'hypertension de stade 2 (pression artérielle systolique moyenne en position assise (MSSBP) \geq 160 et $<$ 200 mm Hg). Les participants ont été randomisés en nombre égal pour recevoir soit une association d'amlodipine et de valsartan (A/V) (n = 286), soit de

l'amlodipine en monothérapie (A) (n = 286). Après 2 semaines, une titration forcée a été réalisée, l'association A/V passant de 5/160 mg à 10/160 mg et l'A passant de 5 à 10 mg, suivie de 10 semaines de traitement complémentaire. Si la pression artérielle en position assise (TAS) était \geq 103 mm Hg à la semaine 4 le protocole a permis la titration facultative de l'association A/V jusqu'à la dose de 10/320 mg et, à la semaine 8, 12,5 mg de l'hydrochlorothiazide ont été ajoutés à l'association thérapeutique A/V et à A en monothérapie si la TSA était \geq 130 mm Hg. À la semaine 8, l'association amlodipine/ valsartan avait permis d'abaisser la MSSBP de manière significativement plus importante (calcul effectué à partir des dernières données disponibles) que l'A (33, 3 mmHg contre 26, 6 mmHg, P < 0, 0001). La baisse de la MSSBP avec A/V a dépassé de loin celle obtenue avec A dans plusieurs sous-groupes bien définis, à savoir les personnes âgées (\geq 65ans), les patients atteints

d'hypertension systolique isolée et ceux dont l'indice de masse corporelle (IMC) était 30 kg/m². Le nombre de patients chez qui la pression artérielle a pu être équilibrée ($<$ 140/90 mmHg) a été plus élevé parmi les patients traités par A/V que parmi les patients traités par A, aussibien à la semaine 8

(49,8 vs 30,2%; P < 0,0001) qu'à la semaine 12 (57,2 vs 35,9%; P < 0,0001). Les deux protocoles thérapeutiques ont été bien tolérés. En conclusion, la stratégie consistant à initier un traitement antihypertenseur associant amlodipine/valsartan chez les Noirs présentant une hypertension de stade 2 permet d'abaisser plus rapidement et dans une plus large mesure la pression artérielle. Cette stratégie permet également d'équilibrer la pression artérielle avec un taux de réussite bien supérieur à celui obtenu en commençant le traitement par l'amlodipine en monothérapie.

P 91

NEPHROTOXICITE A L'ALLOPURINOL AU COURS D'UN DRESS-SYNDROME

FEDHILA. W, LAZRAG. M, TLIHA. A, BEN HAMMOUDA. S. Service de Néphrologie – Hôpital Régional de Beja – Tunisie.

Introduction: Le Dress – Syndrome (DS) est une réaction allergique d'hypersensibilité induite par certains médicaments dont l'allopurinol. Elle se manifeste par une éruption généralisée, un oedème du visage caractéristique, une polyadénopathie, une fièvre élevée et une atteinte viscérale parfois grave: hépatite, pneumopathie interstitielle, néphrite interstitielle, insuffisance rénale aigue voire myocardique.

Observation: Il s'agit d'une patiente âgée de 78 ans, diabétique de type II et insuffisante rénale chronique (créatininémie=250umol/l). Deux semaines après l'introduction de l'allopurinol en raison d'une crise de goutte, la patiente a présenté une éruption cutanée généralisée de type d'exanthème maculo-papuleux avec desquamation associé à un prurit. Les reste de l'examen clinique était sans particularités. L'examen biologique objectivait une dégradation une dégradation de la fonction rénale (créatinine à 666 umol/l), une cytolysie importante (ASAT à 4,3N et ALAT à 3N), une hyperlymphocytose et un syndrome inflammatoire biologique. Le diagnostic de DS a été retenu devant la chronologie des atteintes systémiques. L'évolution après l'arrêt de l'allopurinol associé à une corticothérapie était favorable cliniquement et biologiquement avec une nette amélioration de la fonction rénale et une normalisation des tests hépatiques.

Conclusion: La sévérité du DS nécessite une prise en charge rapide et efficace le plus souvent en milieu hospitalier. L'interruption du médicament responsable aboutit habituellement à une amélioration de la fonction rénale qui peut, dans certains cas, être accélérée par un traitement corticoïde.

P 92

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE CLINIQUE ET EVOLUTIF DES HEAMODIALYSES DE UNIDIAL COTONOU B. AGBOTON; JLVIGAN; U ASSOGBA; C.AGBOTON; A.DIGNY

Service de néphrologie et hémodialyse CNHU HKM Cotonou Benin Centre d'hémodialyse UNIDIAL

P 93

PROVIDING MAINTENANCE HAEMODIALYSIS IN A RESOURCE POOR COUNTRY:

THE LAGOS UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL EXPERIENCE

Babavale Bello, Yemi Raji Waziri, Adeniyi Busari, Ofoneme Udoh, Tolu Okulate, Ibilola Sanusi, Rotimi Bramoh, Oluwatoyin Amira, Omolara Mabayoje.
Renal Unit, Department Of Medicine, Lagos University Teaching Hospital, Lagos Nigeria

Background to study: providing maintenance haemodialysis for patients with end-stage renal disease (ESRD) is associated with high costs and poor outcomes. In addition to cost of the dialysis procedure, there is the additional cost of creating and maintaining vascular access and erythropoiesis stimulating agent. In Nigeria, patients with ESRD pay out-of-pocket for maintenance haemodialysis and other aspects of therapy. We reviewed the experience of our hospital-based haemodialysis unit.

Methods: We reviewed the records of all patients who entered into the maintenance haemodialysis program of our dialysis unit between 1st January 2009 and 31st September 2010.

Results: One program of our unit during the period of review. 72 (60%) of the patients were male while 48 (40%) were female. The mean age of the study population was 17yrs + 14 yrs with 51,6% of the patients being younger than 50yrs of age. The aetiology of chronic kidney disease was hypertension in 45% of cases, chronic glomerulonephritis in 13,5% diabetic nephropathy in 12,5% and obstructive uropathy in 12,5% of the cases. The mean haemoglobin concentration at commencement of dialysis was 7,3g/dL + 1,6g/dL.

The initial vascular access was femoral vein cannulation in all the patients. The vascular access was changed to a non-tunneled internal jugular catheter in 12,5% of the patient after a mean of 6.6 + 3.9 dialysis sessions. 25% of the patients received parenteral iron therapy while 24,2% received erythropoietin. 73,5% of the patients require blood transfusion at some point with 33% receiving 5 or more pints of blood.

3,3% of the patients were having thrice weekly dialysis, 21,7% twice weekly, 23,3% once weekly,

16,7% once in two weeks, 2,5% once in three weeks and 11,7% once monthly. At the time of review,

8,3% were of patients were known to be dead, 38,3% were lost to follow-up and 53,3% remained on Maintenance dialysis.

Conclusion: Majority of patients with ESRD on maintenance haemodialysis in our unit are under-dialysed, have inadequate anaemia treatment and are over transfused with blood with resultant high mortality rates

P 94

PATTERN OF ACUTE KIDNEY INJURY IN LAGOS

. Bello B.T*, Busari A.A, Braimah R.O*, Amira C.O*, Mabayoje M.O*

Department of Medicine, College of Medicine, University of Lagos, Idi-Araba, Lagos, Nigeria.

*Department of medicine, Lagosn University Teaching Hospital, Idi-Araba, Lagos, Nigeria

Background to Study: Acute Kidney Injury (AKI) is a serious disorder of kidney function associated with prolonged hospital stay and significant morbidity and mortality. The aetiological spectrum of AKI differs significantly between developed and developing countries and is thought to closely mirror the socioeconomic status of the community. Most cases AKI in developed countries are hospital-acquired and usually follow major surgical procedures or trauma. Whereas, in developing countries, most cases are community acquired with community acquired infections and obstetric complications being responsible for the majority of cases. In the last few years there has been improvement in level of education, awareness, economic status and access to health-care in the general population in Nigeria hence the need assess its impact, if any, on the pattern of AKI.

Methods: We reviewed the hospital records of all patients with a diagnosis of Acute Kidney Injury and Acute Renal Failure admitted into the Lagos University Teaching Hospital between the 1st of January 2009 and the 30th of September 2010. The information retrieved included, biodata, aetiology of AKI, results of laboratory investigations done on admission, whether dialysis was carried and outcomes.

Results: the records of 54 patients were available for review, 27 (50%) were male and 27 (50%) were female. The mean age of the study population was 39.7 yrs with 68.5% of the patients being younger than 50yrs of age. Sepsis was the aetiology of AKI in 52.1% of cases, obstructive uropathy in 14.6%, gastroenteritis in 10.4% and pre-eclampsia/eclampsia in 6.3%. Other causes were toxic neuropathy (7.4%), post-surgery (5.6%), acute myocardial infarction, Haemolytic uraemic syndrome and antepartum haemorrhage (1.9% each). 16.9% of the patients were admitted to the intensive care unit (ICU) while the remaining patients were managed on the open wards. Dialysis was indicated in 88.9% of the patients; however dialysis was not carried out in 25% of these patients because they could not afford to pay for the procedure. In-hospital mortality was 29.6%. overall patient who died had a shorter mean duration of hospital stay [9.2 days vs 33.9 days (P< 0.01)], lower mean serum bicarbonate [19.5mmol/L vs 22.9mmol/L (P= 0.02)], were more likely to be admitted unconscious [62.5% vs 26.3% (P= 0.01)] and more likely to have been admitted to the ICU [37.5% vs 7.9% (P = 0.01)].

Also, among patients in which dialysis was indicated, not having dialysis was associated with higher mortality [46.7% vs 15.2% (P= 0.02)]. **Conclusion:** The aetiology spectrum of AKI in the study is similar to that reported from other developing countries and differs significantly from that reported from developed countries. Though the period of the study is much shorter than that of a similar study by Bangboye et al in the same institution about 18 years ago, the findings suggest a changing pattern of AKI seen at the Lagos University Teaching Hospital. Sepsis remains the commonest cause of AKI however in this study obstructive uropathy has replaced obstetric complications as the next most common cause. The reduction in the contribution of obstetric complications to the burden of AKI in Lagos may be a reflection of better access to obstetric care in the general population.

Key words: Acute Kidney Injury; Aetiology; In-hospital Mortality

P95

ASPECTS HISTOPATHOLOGIQUES DE 158 BIOPSIES RENALES EFFECTUEES AS SENEGAL DE NOVEMBRE 2009 ET JANVIER 2011

Dial C.(1); Mendes V.(1); Diouf B.(2); Ka E.F.(2); Cassé M.M.(2); Noel L.H.(3)

Service Anatomie pathologie de l'Hôpital Aristide le Dantec de Dakar, Sénégal

Service Néphrologie de l'Hôpital Aristide le Dantec de Dakar, Sénégal

Service Anatomie pathologie de l' Hôpital Necker Enfants-malades de Paris

Introduction: Nous faisons présentation des résultats histologiques des biopsies rénale effectuées au Sénégal durant les 15 derniers mois, entre Novembre 2009 et Janvier 2011, chez 158 patient âgés de 30 et en moyenne. La Hyalinose segmentaire et focale (HSF) est la première lésion retrouvée chez 43 patients, don't les 3/4 sont des formes primitives; elle est suivie des lésions glomérulaires minimales (LGM) dans le cadre de la néphrose lipidique, chez 32 patients. Les Glomérulonéphrites extra-membranaires (GEM) sont décrites chez 19 patients, dont les 2/3 sont primitives et le tiers secondaire au lupus érythémateux disséminé/ Les néphropathies lupiques étaient l'indication de la PBR chez 15 patients. Tandis que les lésions de néphroangiosclérose bénigne étaient retrouvées chez 11 patients.

Résultats: Depuis 15 mois, la Néphrologie, au Sénégal, s'est enrichie avec la possibilité d'obtenir le diagnostic histologique sur place. Nous présentons ici les résultats histologiques obtenus chez 158 patients âgés en moyenne de 30 ans, composés de 140 adultes et de 26 enfants avec un sexe ratio de 1.2 favorable aux hommes. Ainsi la HSF est la lésion la plus fréquente avec 43 cas soit 27% des patients don't 80% de formes indopathiques. L'Hta en est la cause la plus fréquente soit 75% des formes secondaires. Sur 46 PBR on décrivait des glomérules optiquement normaux dans un cadre de syndrome glomérulaire, devant ces cas étude en immunofluorescence (IF) est nécessaire chez les adultes essentiellement, pour distinguer la néphrose à LGM (32 cas) et la GEM de type 1. Cependant l'If n'a pu être effectuée chez 14 de nos patients. Dix neuf patients présentaient une GEM de type 1 (confirmée par l'IF), de type 11 et 111 avec 13 formes primitives et 6 formes secondaires au Lupus (Classe V de la classification ISN/RPS 2003 du Lupus). Les néphropathies lupiques représentent en tout 15 cas, toutes classes confondues, soit 9% de l'échantillon. L'amylose rénal est retrouvée chez 6 patient. Quatre patients présentaient une glomérulonéphrite à croissants don't 2 formes chez l'enfant sont liées à une GNA. La Glomérulonéphrite membrano-proliférative était décrite chez 3 patients. Onze patients présentaient des lésions liées à la Néphro-angiosclérose. Deux patientes ont présentées une nécrose

corticale du post-partum liées à un choc hémorragique. Les néphropathies tubulo-interstitielles aiguës et chroniques sont retrouvées chez 28 patient, elles ne soit isolées que dans 6 cas. Les 22 autres cas sont représentés par la nécrose tubulaire aigue retrouvée sur nos biopsies sans cause apparente, mais pour laquelle une phytothérapie presque toujours associée est suspectée.

Discussion et conclusion: Trois remarques préliminaires décollent de l'élagissement des indications des biopsies rénales au Sénégal:

*La Hyalinose segmentaire et focale demeure la première cause des néphropathies glomérulaires cependant elle semble moins retrouvée que sur les précédentes séries où on retrouvait une prévalence de 51% contre 27% dans notre série.

*Les GNMP restent une affection rare au Sénégal, avec moins de 2% des résultats. L'usage de médicaments phytothérapeutiques est responsable de lésions de tubulopathie nécrotyque qui se surjoignent aux signes de la néphropathie de base.

Ces traitements sont souvent utilisés par nos patients avant la conclusion néphrologie, Parfois s'est au cours de traitement néphrologie que cette phytothérapie est prise.

P96

DIALYSE PERITONEALE AUTOMATISEE PEDIATRIQUE EN AFRIQUE:

Expérience de l'unité de néphrologie Pédiatrique du CHU de Yopougon

Adonis- Koffy, Koné A.L, Diarrassouba G, Niamien E, Coulibaly PA, Koutou E.J.M, Kouassi F

Unité de Néphrologie Pédiatrique, service de pédiatrie du CHU de Yopougon 22 - 21 BP 63.2 Abidjan 21, Côte d'Ivoire

La Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA) constitue une modalité du traitement de l'insuffisance rénale aigue (IRA) peu pratiquée Africain noir. La DPA a débuté en janvier 2009 en Côte d'Ivoire chez enfants qui n'avaient aucune possibilité extra rénale en dehors d'un traitement symptomatique de l'IRA. Nous rapportons les résultats de l'unité de néphrologie pédiatrique du CHU de Yopougon.

Méthodologie: De janvier à Décembre 2009, nous étudié rétrospectivement 31 dossiers d'IRA. L'indication de la DPA a été posée chez 16 enfants don't 10 ont été effectivement dialysés.

Résultats: le sexe ratio était de 0.42 (37) avec un âge moyen de 9.7 ans (2 à 19 ans). Les glomérulopathies (60%), Le paludisme (20%), les IRA post infectieuses et post opératoires (2 cas/10) dominaient les étiologies. Le délai entre l'indication de la DPA et la prise en charge était de 24h au maximum chez 70% des enfants. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14.3 jours (7 à 28 jours). Les complications étaient dominées par la péritonite (3/10) sans documentation bactériologique ayant bien évolué sous antibiothérapie, la migration secondaire du cathéter (1/10), la fuite de dialysat (3/10)

Et un défaut de drainage (2/10) sans mécanisme retrouvé. 2 enfants ont récupéré leur fonction rénale. 5 ont évolué vers l'IRC (3 ont arrêté la DPA pour des problèmes financiers) on a noté 30% de décès.

Conclusion: Dans un environnement où l'IR de l'enfant évoluant inexorablement vers la mort jusqu'à l'instauration de la DP en 2009, les résultats sont relativement encourageants. Néanmoins les principales complications observées appellent à une formation du personnel médic-chirurgical. La mise en place de subventions de l'état s'avère nécessaire pour aider les familles des enfants dialysés à poursuivre la dialyse en chronique.

Mots clés: dialyse péritonéale –Pédiatre – Afrique
"Prise en charge efficace du patients en hémodialyse"
"Efficient management of dialysis patient"

Avec l'aimable participation de:

Prof Charles Chazot (Centre du Rein artificiel de Tassin – France):

Optimal dialysis: what is a stake beyond KT/V?

Prof Jörg Vienken (Fresenius medical care, bad Hombeug – Allemagne):

Dr. Aly Elkhodiry (Fresenius Medical Care, Dubai – EAU):

Weight gain, Intra Dailylysis Hypotension and body composition Monitoring.

Optimal dialysis: what is at stake beyond KT/V?

After the NCDS, dialysis adequacy has been fostered in term of KT/Vurea during the eighties and nineties. However, the HEMO study has failed to demonstrate a better patient survival with larger doses assessed from this indicator, except in the sub-groups of women and patient on dialysis for more than 3.7years. the DOPPS has also shown that KT/Vurea has regularly increased along the decades, whereas the clinical problems of dialysis patient remained unsolved. Among those can be quoted blood access, hypertension, and fluid excess, the high burden of cardiovascular complications, protein-energy wasting syndrome and bone mineral metabolism. Failure to correctly handle these parameters contributes to the severely impaired survival among dialysis patients. Dialysis technology has regularly improved since the sixties. The MPO has shown a survival advantage in diabetic and malnourished patients when they are dialysed with high-flux membranes. Convection techniques provide also advantages in many fields such as session tolerance, phosphate clearance or patient survival that remain to be confirmed. The challenge of the 21st century for the dialysis community will be to improve patients outcomes from an adequate understanding of their complex condition and implementation of technology improvements to bring dialysis closer to physiology. Which focus should be directed towards dialysis fluids?

Prof Jörg Vienken

Dept. Biosciences, Fresenius Medical care, bad Homburg Germany

Dialysis fluids are one of the centre pieces of dialysis therapy. Due to their contact with the patients' blood via dialysis membranes, they impact electrolyte balance and blood volume – via internal filtration. Electrolytes in the dialysis fluids, such as Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, bicarbonate and glucose are key elements for the patient "milieu intérieur". Membrane permeability and surface charge as well as the transmembrane pressure applied during dialysis determine transport of such entities from the dialysis fluid compartment to the blood compartment. In addition, impurities of dialysis fluids, such as organic molecules (acetone, alcohols, etc), heavy metals as well

as bacteria and endotoxins may activate white blood cells and stimulate inflammatory reactions via cytokine release.

Recent clinical results on the use of Ca²⁺, Mg²⁺- containing (orally prescribed) phosphate binders

(CalMag-Study 2010) have shown that electrolytes in dialysis fluid need also to be adapted to administered drugs. In order to overcome problems of microbial impurities in dialysis fluids, the use of benzene-ring bearing membrane polymers, such as polysulfone, are state-of-the-art today. Polysulfone-base membranes offer a high absorbing capacity for endotoxins and are thus, the ideal polymeric material for both, dialysis membranes and ultrafilters for the provision of ultrapure dialysis fluids. As a condition, dialysis fluids should not be seen as commodity products, their composition and quality determine the outcome of dialysis treatment. They should always be approached under the premise of a systems approach.

Weight Gain, Intra dialytic Hypotension and Body Composition Monitoring

Dr. Ally Elkhodiry

Despite significant improvements in the quality and efficacy of hemodialysis therapy in recent years, cardiovascular diseases remain the leading cause of death in dialysis patients.

Fluid overload is a common condition among patients on dialysis and one of

the major causes of mortality. Improving the treatment of hypertension and correction of fluid balance has the potential to limit the development of left ventricular hypertrophy thus increasing the life expectancy.

The BCM – Body Composition Monitor employs the latest bioimpedance spectroscopy techniques. It measures at 50 frequencies over a range from 5 to 1000 kHz to determine the electrical resistances of the total body water (TBW) and the extracellular water (ECW).

Dialysis hypotension occurs because a large volume of blood water and solutes are removed over a short period of time, overwhelming normal compensatory mechanism, including plasma refilling and reduction of venous capacity, due to reduction of pressure transmission to veins. In some patients, seemingly paradoxical and inappropriate reduction of sympathetic tone may occur, causing reduction of arteriolar resistance, increased transmission of pressure to veins, and corresponding increase in venous capacity.

The ultimate solution is reducing the ultrafiltration rate by use of longer dialysis sessions, more frequent dialysis, or reduction in salt intake. Increasing dialysis solution sodium chloride levels helps maintain blood volume and refilling but ultimately increases thirst and interdialytic weight gain, with a possible adverse effect on hypertension. Blood volume monitoring with ultrafiltration or dialysis solution sodium feedback loops are promising new strategies.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or any information storage or retrieval system without permission from the copyright holder.

Published by Reach Publishers, P O Box 1384, Wandsbeck, South Africa, 3631

Tel: +27312672049

Fax: +27866476539

Editor-in-chief: Prof. Alain Assounga