

Insuffisance rénale chronique au Togo : aspects cliniques, paracliniques et étiologiques

Sabi KA¹, Gnionsahe DA², Amedegnato D¹

1. Centre hospitalier universitaire de Lomé Tokoin, Service de cardiologie, néphrologie et hémodialyse, Lomé, Togo

2. Centre hospitalier universitaire de Yopougon, Service de néphrologie et hypertension artérielle, Abidjan, Côte d'Ivoire

Med Trop 2011 ; 71 : 74-76

RÉSUMÉ • *Objectifs.* Préciser les différents aspects cliniques, paracliniques et étiologiques de l'Insuffisance Rénale Chronique au Togo. *Patients et méthodes.* Etude rétrospective sur une période de 11 ans (du 1er janvier 1995 au 31 décembre 2005) portant sur 398 dossiers de patients atteints d'insuffisance rénale chronique et hospitalisés dans différents services du CHU de Lomé Tokoin. En l'absence de ponction biopsie rénale, nous avons utilisé une classification sémiologique pour classer les types de néphropathies. *Résultats.* On note une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,34. L'âge moyen est de 42,6 ans. La plupart des patients présentaient les signes d'appels extrarénaux suivants : signes hématologiques (94,5%), troubles digestifs (68,3%), signes cardiovasculaires (55%). 75,5% des patients étaient au stade terminal de la maladie avec une clairance de la créatinine inférieure à 10 mL/min et une souffrance rénale échographique au stade III dans 42,8% des cas. Les glomérulonéphrites chroniques ont dominé les étiologies de l'IRC dans notre étude (40,2%) suivies des néphropathies interstitielles chroniques (20,9%) et des néphroangioscléroses (17,6%). *Conclusion.* Les aspects cliniques et paracliniques de l'IRC au Togo ne présentent aucune particularité mais sont d'une grande richesse sémiologique.

MOTS-CLÉS • Insuffisance rénale chronique. Hémodialyse. Togo.

CHRONIC KIDNEY FAILURE IN TOGO: CLINICAL, LABORATORY, AND ETIOLOGICAL ASPECTS

ABSTRACT • *Objectives.* Determine clinical, laboratory, and etiological aspects of chronic kidney failure (CKF) in Togo. *Patients and methods.* This retrospective study was focused on the 11-year period from 1st January 1995 to 31st December 2005. Review was carried out on the medical files of 398 patients hospitalized for CKF in various departments of Lomé-Tokoin University Hospital. For lack of kidney biopsy findings, nephropathy was classified on the basis of semiological criteria. *Results.* Male predominance with a sex ratio of 1.34 was noted. Mean age was 42.6 years. Most patients presented extrarenal signs including hematological changes (94.5%), digestive tube manifestations (68.3%), and cardiovascular disease (55%). Most patients (75.5%) had end-stage disease with creatinine clearance below 10ml/min. Ultrasound demonstrated stage III kidney damage in 42.8% of cases. Chronic glomerulonephritis (40.2%) was the main etiology, followed by chronic interstitial kidney failure (20.9%) and nephroangiosclerosis (17.6%). *Conclusion.* The clinical and laboratory presentation of CKF in Togo is unremarkable but has a rich semiological background.

KEY WORDS • Chronic kidney failure. Hemodialysis. Togo.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie méconnue, insidieuse, avec peu de symptômes spécifiques ; elle reste encore trop souvent diagnostiquée à un stade tardif (1-3). Malgré les études de plus en plus nombreuses dans le monde sur l'insuffisance rénale chronique (IRC), au Togo, aucune étude n'a été consacrée aux aspects cliniques et paracliniques de cette pathologie. C'est en vue de contribuer à combler ce vide sur les affections néphrologiques que nous avons entrepris cette étude dont l'objectif est de préciser les aspects clinique, paraclinique et étiologique de l'IRC au Togo.

Matériel et méthodes

Nous avons entrepris une étude rétrospective descriptive, portant sur les dossiers de patients souffrant d'IRC et hospitalisés au CHU de Lomé Tokoin du 1er janvier 1995 au 31 décembre 2005 soit une période de 11 ans.

Ont été inclus dans cette étude les patients des deux sexes ; âgés de 15 ans et plus ; ayant une IRC sur des arguments cliniques, paracliniques (radiologie, biochimie du sang et des urines) ou anamnestiques et hospitalisés pendant la période d'étude (élévation des chiffres de la créatinine évoluant depuis plus de 3 mois ; reins de

tailles inférieures à 10 cm, dédifférenciés ; insuffisance rénale avec anémie, hypocalcémie, et hyper phosphatémie).

En l'absence de ponction biopsie rénale, la classification sémiologique suivante a été adoptée pour identifier le type de néphropathie initiale ; ainsi nous avons distingué : les néphropathies glomérulaires chroniques, les néphropathies interstitielles chroniques, les néphropathies vasculaires chroniques et les néphropathies héréditaires. Les néphropathies glomérulaires chroniques (NGC) ont été définies par une protéinurie abondante, une hématurie microscopique ou macroscopique, une rétention hydrosodée (œdèmes) plus ou moins importante précédant une hypertension artérielle et des petits reins réguliers symétriques ; les néphropathies interstitielles chroniques (NIC) ont été définies par une protéinurie minime ou modérée, de type non glomérulaire, une leucocyturie, des anomalies tubulaires (acidose hyperchlorémique, perte de sodium), une HTA souvent absente et de petits reins irréguliers, bosselés, parfois asymétriques avec des anomalies calicelles en cas de pyélonéphrite chronique ; les néphropathies vasculaires chroniques (NVC) ont été définies par une protéinurie modérée, une hématurie le plus souvent irrégulière, une HTA constante souvent ancienne et maître symptôme et de petits reins souvent irréguliers. Les néphropathies héréditaires regroupent essentiellement la polykystose rénale autosomique dominante. Les néphropathies inclassables sont celles dont la sémiologie ne permet pas de les classer dans un des quatre groupes. En l'absence de protéinurie quantitative, ont éga-

• Correspondance : macskat78@yahoo.fr

• Article reçu le 09/11/2009, définitivement accepté le 21/10/2010

lement été considéré comme NGC, les patients ayant présenté des œdèmes des membres inférieurs au moins six mois avant l'apparition d'une hypertension artérielle.

La classification échographique suivante a été adoptée pour l'échostructure rénale : stade 0 ou rein normal pour un cortex rénal hypoéchogène par rapport à celle du foie ; stade I pour un cortex rénal isoéchogène par rapport au foie ; stade II pour un cortex rénal hyperéchogène par rapport au foie mais hypoéchogène par rapport au sinus rénal avec conservation de la différenciation cortico-médullaire et stade III pour un cortex rénal hyperéchogène par rapport au foie et isoéchogène par rapport au sinus rénal avec disparition de la différenciation cortico-médullaire

Le recueil des données s'est effectué par une fiche d'enquête élaborée à cet effet à partir des dossiers d'hospitalisation. Pour chaque patient, les variables suivantes ont été recueillies et analysées par le logiciel épi info : identité (sexe, âge), les différentes atteintes cliniques, la biologie (créatininémie, protéinurie), morphologie et échostructure des reins à l'échographie.

Résultats

Trois cent quatre-vingt-dix-huit dossiers ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 42,6 ans avec une prédominance masculine (228 hommes) et un sex ratio (H/F) de 1,34. Par ailleurs, 88 % des patients présentaient des manifestations viscérales multiples avec la possibilité d'association de lésions chez le même patient.

Les signes cliniques étaient dominés par les manifestations extra-rénales (71,1 %). Les atteintes cardiaques ont été retrouvées chez 183 patients ; il s'agissait d'insuffisance cardiaque gauche isolée ou globale et de péricardite respectivement chez 104 (26,1 %), 63 (15,8 %) et 16 patients (4 %). Deux cent dix neuf patients (55 %) présentaient une HTA à l'entrée dont 124 cas (56,6 %) d'HTA moyenne et 95 cas (43,4 %) d'HTA modérée selon la classification de la JNC VII. Les manifestations digestives étaient constituées de nausées et vomissements dans 150 cas (37,7 %), de diarrhée dans 42 cas (10,6 %), d'anorexie dans 137 cas (34,4 %), d'agueusie 22 cas (5,5 %), d'haleine urémique dans 98 cas (24,6 %), de hoquet dans 96 cas (24,1 %), d'épigastalgies dans 20 cas (5 %) et d'hémorragies digestives dans 38 cas (9,5 %). Les atteintes cutanées étaient constituées de givre d'urée dans 51 cas (12,8 %) et de prurit dans 41 cas (10,3 %) avec des lésions de grattage dans 27 cas.

Les signes d'appel rénaux ont été retrouvés chez 257 patients soit 64,6 % et étaient constituées d'oligurie ou d'anurie chez 235 patients (59,1 %), de signes de surcharge hydrosodée chez 130 patients (32,6 %), d'hématurie chez 10 patients (2,5 %). D'autres signes d'appel rénaux (la pollakiurie nocturne, la pyurie et la dysurie) ont été retrouvés chez 7 patients (1,5 %).

L'estimation de la fonction rénale par le calcul de la clearance de la créatinine selon Cockcroft et Gault n'a pu être obtenue que chez 143 patients (35,9 %) dont on disposait du poids ; 108 patients avaient une clearance inférieure à 10 mL/min et 26 patients entre 10 et 30 mL/min. La numération formule sanguine, réalisée chez 361 patients (90,7 %) a confirmé l'anémie dans 96,1 % des cas avec un taux d'hémoglobine moyen de $7,3 \pm 2,4$ g/dL et le caractère normocytaire normochrome et arégénératif dans 79,7 %. 64,5 % des malades avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dL. La sérologie rétrovirale faite chez 164 patients, était positive dans 25 cas (15,3 %). La protéinurie des 24 heures a pu être dosée chez 88 patients et était supérieure à 1,5 g/24 heures dans 36 cas (40,9 %) et inférieure à 1,5 g/24 heures dans 52 cas (59,1 %).

Sur le plan morphologique, seuls 201 patients (50,5 %) ont pu faire une échographie abdominale. Elle est revenue normale dans 22 cas (11,0 %) ; elle a montré une souffrance rénale unilatérale dans 6 cas (3 %), un rein hyperéchogène chez 89,4 % des patients. Les reins étaient atrophiés dans 116 cas (56 %) et hypertrophiés dans 14 cas (6,8 %) dont 6 cas de polykystose rénale et 3 cas d'hydronéphrose bilatérale. Tous les stades échographiques ont été obtenus : 22 cas (11 %) de stade 0 ; 36 cas (17,9 %) de stade I ; 60 cas (29,9 %) de stade II et 86 cas (42,8 %) de stade III.

Au plan nosologique, nous avons observé une prédominance des néphropathies glomérulaires 160 cas (40,2 %) suivies des néphropathies interstitielles 83 cas (20,9 %) et vasculaires 70 cas (17,6 %). La polykystose rénale est objectivée dans 6 cas (1,5 %) avec 79 cas (19,8 %) de néphropathies inclassables.

En analyse uni variée ou pluri variée, aucun lien n'est apparu statistiquement significatif.

Discussion

Notre échantillon n'est pas représentatif ni de la population générale ni de la population hospitalisée ; en effet près de la moitié des dossiers n'a pas été prise en compte, soit parce que ceux-ci étaient incomplets, soit parce qu'ils n'étaient pas retrouvés au service des archives.

Les néphropathies ont été définies sur une base uniquement sémiologique et non anatomo-clinique puisque les moyens d'investigation paraclinique sont limités. Nous n'avons pas bénéficié des apports de la ponction biopsie rénale réalisée jusqu'en 1988 par Kossidzen (4) qui reste le moyen de diagnostic étiologique. Devant la myriade des antécédents infectieux chez nos patients et l'interchangeabilité sémiologique des néphropathies à un stade très avancé, il est hasardeux d'incriminer un facteur étiologique particulier.

La clinique de l'IRC dans notre étude ne présente aucune particularité. Edoh - Bedy (5) était parvenu à la même conclusion dans son travail sur l'insuffisance rénale chronique et l'hypertension artérielle en 2005. Cependant elle est d'une grande richesse sémiologique qui ne se voit plus guère en Europe du fait des possibilités de prise en charge précoce des malades dans un programme de dialyse - transplantation (6).

Les signes extra-rénaux étant au devant de la scène, les patients consultent dans les structures de proximité aux moyens diagnostiques sommaires et limités ; ces signes ne sont rattachés à l'IRC et les patients ne sont référés au CHU que tardivement, au stade d'IRC avancée. Lengani au Burkina Faso (7) attribue ce retard de consultation au fait que c'est l'importance de la gêne fonctionnelle qui finit par motiver la consultation dans une structure de haut niveau et par la suite l'hospitalisation. Ces remarques s'appliquent également dans notre contexte.

La biologie de l'IRC ne présente pas de particularité. En ce qui concerne l'anémie, elle était constante dans 96,1 % et était dans la majorité des cas (79,7 %) normocytaire normochrome arégénérative par défaut de synthèse de l'érythropoïétine conformément aux données de la littérature : Diallo à Abidjan (8), de Kane à Dakar (9) et d'Edoh - Bedy à Lomé (5).

La sérologie VIH n'a pas été systématique. Dans notre étude 15,3 % des 164 patients testés étaient porteurs du virus du VIH contre un taux de prévalence parmi la population sexuellement active (15 - 49 ans) estimée à 3,2 % en 2005 selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) au Togo. Malheureusement en l'absence de la ponction biopsie rénale, nous

Tableau 1. Récapitulatif de la répartition des différentes étiologies selon les études.

	Lingani Burkina Faso(7)	Brenner USA (14)	Canaud France (15)	Toure I. Sénégal (16)	Diallo Cote d'Ivoire (8)	Notre étude Togo
GNC	41,22	45	41	49	44,67	40,2
NAS	-	10	17	11	8,90	17,6
NIC	25,17	30	8	17	20,07	20,9
Congénitales	5,85	15	9	12,5	0,70	1,5
Indéterminés	20,74	-	6	5,50	18,68	19,8

GNC : glomérulonéphrite chronique

NAS : néphroangiosclérose

NIC : néphropathie interstitielle chronique

ne sommes pas en mesure de dire si l'atteinte rénale de nos patients est à mettre au compte du virus ; l'atteinte rénale au cours du VIH étant connue (10, 11). Même si les aspects morphologiques des reins n'ont pu être étudiés que chez 201 patients de notre série, ils sont superposables à ceux trouvés par Zabsonre (12) : 116 cas (56 %) d'atrophie rénale, 14 cas (6,8 %) d'hypertrophie rénale dans notre étude contre respectivement 56,2 % et 8 % dans l'étude de Zabsonre.

Les aspects nosologiques de l'IRC au Togo rejoignent globalement la littérature (7, 8, 13-16) (tableau 1) qui confirme la prédominance des GNC. Ceci s'explique sans doute par la relative jeunesse de patients et la fréquence des pathologies infectieuses rencontrées en Afrique en général et au Togo en particulier. Le retard de consultation est sans doute l'explication au fort taux de néphropathies inclassables observé dans notre série (19,8 %) ; en effet, les patients arrivent à un stade très avancé de la dégradation des fonctions rénales où la glomérulosclérose, combinée aux signes de rétention hydrosodée fait que toutes les néphropathies ont la même sémiologie. Dans ce cas, la ponction biopsie rénale n'aurait pas apporté d'indication sur la structure du néphron initialement lésée.

Conclusion

L'IRC au Togo apparaît comme une maladie du sujet jeune avec des signes cliniques « systémiques » (atteinte de presque tous les appareils de l'organisme) d'une grande richesse sémiologique et de gravité variable. Les GNC dominent les aspects étiologiques suivis des néphropathies interstitielles et vasculaires.

Références

1. Sumaili EK, Krzesinski JM, Cohen EP, Nseka NM. Epidémiologie de la maladie rénale chronique en République démocratique du Congo : une revue synthétique des études de Kinshasa, la capitale. *Nephrol Ther* 2010 ; 6 : 232-9.

2. Frimat L, Siewe G, Loos-Ayav C, Briancon S, Kessier M, Aubregé A. Insuffisance rénale chronique : connaissances et perception par les médecins généralistes. *Nephrol Ther* 2006 ; 2 : 127-35.
3. Krzesinski JM, Dubois B, Rorive G. Prévention de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. *Rev Med Liège* 2003 ; 58 : 369-77.
4. Kossidze K. Etude préliminaire du syndrome néphrotique chez l'adulte. A propos de 26 cas au C.H.U de Lomé. Thèse de doctorat en médecine N° 12 année 1980 Université de Lomé.
5. Edoh-Bedi L. Hypertension artérielle et insuffisance rénale chronique dans les CHU de Lomé. Thèse de doctorat en médecine n°041 année 2005.
6. Macron-Nogues F, Vernay M, Ekong E, Thiard B, Salanave B, Fender P *et al.* La prévalence de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse en France. *Prat Org Soins* 2007 ; 38 : 103-9.
7. Lengani A, Laville M, Serme D, Fauvel JP, Ouandaogo BJ, Zech P. Insuffisance rénale au cours de l'hypertension artérielle en Afrique Noire. *Presse Med* 1994 ; 23 : 788-92.
8. Diallo AD, Niamkey E, Beda Yao B. L'insuffisance rénale chronique en Côte d'Ivoire : étude de 800 cas hospitalier. *Bull Soc Pathol Exot* 1997 ; 90 : 346-8
9. Kane A, Diouf B, Niang A, Diop IB, Moreira Diop T, Hane L *et al.* Données échocardiographiques de patients en dialyse chronique à Dakar. *Dakar Med* 1997 ; 42 : 25-9.
10. Tourret J, Tostivint I, Deray G, Isnard-Bagnis C. Néphropathies rencontrées au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). *Nephrol Ther* 2009 ; 5 : 576-91.
11. Peraldi MN. Physiopathologie de la néphropathie associée à l'infection par le virus VIH. *Nephrologie* 2001 ; 22 : 297-8.
12. Zabsonre P, Bamouni A, Zongo J, Lengani A, Dyemkouma FX. Echographie rénale et insuffisance rénale chronique au cours de l'hypertension artérielle en Afrique Sub-saharienne. *Med Afr Noire* 2001 ; 48 : 363-7.
13. Guedon J, Dubert PB. L'hypertension artérielle avec insuffisance rénale chronique. Aspects cliniques et thérapeutiques. *Cœur et Med Interne* 1978 ; tome XXII, N° 3 : 353-65.
14. Brenner BM, Lazarus. L'insuffisance rénale chronique : physiopathologie et aspects cliniques. In « Harrison TR. Principes de Médecine Interne ». Med Science-Flammarion ed, 1988, n° 4, pp 1155-70.
15. Canaud B. Insuffisance rénale chronique : étiologie, physiologie, clinique, diagnostic, principes thérapeutiques. *Rev Prat* 1992 ; 42 : 748-56.
16. Toure IY. Place de la néphrologie dans la morbidité dans un service de médecine interne pour adultes noirs africains à Dakar : à propos de 379 cas. *Dakar Med* 1984 ; 29 : 213-20.