

# Causes de décès en dialyse dans le sud de la Réunion

Catherine SOUPRAYEN - Service Néphro-dialyse Centre Hospitalier Général - SAINT-PIERRE-LE-TAMPON.

## 1 - INTRODUCTION

L'amélioration des conditions de vie, du niveau culturel, les progrès de la médecine et les effets de la politique sanitaire ont permis d'augmenter l'espérance de vie à l'île de la Réunion qui rattrape la métropole (73,6 vs 76,6 ans).

Les spécificités locales sont un climat tropical, une population multiraciale, un taux de diabétiques très élevé parmi des dialysés dont le nombre ne cesse de croître : 517 dialysés fin 1992 pour 0,6 million d'habitants, soit 2 fois le taux métropolitain.

Après dix années de fonctionnement du centre d'Hémodialyse de SAINT-PIERRE, il nous a paru utile d'examiner les différentes causes de décès pour évaluer la qualité des soins proposés dans cette région de l'île, et de déceler d'éventuelles anomalies et y remédier.

## 2 - METHODES

La population étudiée est constituée de patients décédés entre juillet 1983 et décembre 1992. Les causes de décès, codés suivant la nomenclature de l'EDTA, sont regroupées en six grandes catégories :

- 1 - cardiaque
- 2 - vasculaire
- 3 - infectieuse
- 4 - cachexie
- 5 - autres causes identifiées
- 6 - cause non identifiée

Les éléments qui nous ont paru pouvoir influencer la mortalité en dialyse ont été relevés :

- l'âge au moment de la prise en charge, et au décès
- le sexe
- les pathologies associées : diabète, hypertension artérielle, cardiopathie
- les méthodes de dialyse : hémodialyse en centre (HD) ou en auto-dialyse (AD), dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) ou dialyse péritonéale intermittente au centre (DPI).
- la durée totale de dialyse

Ces éléments ont été saisis et analysés sur micro-ordinateur. Les résultats quantitatifs sont exprimés en moyennes  $\pm$  déviation standard (maxi-mini), et sont comparés par le test U de Mann-Withney ou le test H de Kruskal-Wallis ; les données qualitatives sont comparées par le test du CHI-2. Le seuil de signification choisi est :  $p < 0,05$ .

## 3 - RESULTATS

Sur 286 insuffisants rénaux traités en épuration extra-rénale dans notre secteur, on dénombre 92 patients décédés, qui comptent en moyenne  $1057 \pm 883$  jours de traitement. On y compte 51 femmes et 41 hommes, 59 hémodialysés au centre, 14 DPCA et 5 autodialysés.

L'âge moyen à la prise en charge est de  $59,2 \pm 14,5$  (14,7 - 88,4) ans.

L'âge moyen au moment du décès est de  $62,1 \pm 14,5$  (17,9 - 90,7) ans.

54,3 % des patients sont diabétiques, 88 % hypertendus et 38 % cardiopathes.

Par catégorie de décès on compte :

- 13 d'origine cardiaque (14,1 %)
- 16 d'origine vasculaire (17,4 %)
- 15 d'origine infectieuse (16,3 %)
- 16 d'origine cachectique (17,4 %)
- 16 autres causes identifiées (17,4 %)
- 14 causes non identifiées (15,2 %)

Les modalités de décès sont différentes en hémodialyse où les causes sont cardiaque (17,2 vs 7,1 %) ou non identifiée (18,7 vs 7,1), alors qu'en dialyse péritonéale la cachexie domine (39,3 vs 10,9 %) ( $p=0,043$ ).

Les femmes décèdent surtout de cause vasculaire (25,5 %) ou de cachexie (21,6 %), les hommes de cause "autre identifiée" (26,8 %) ou infectieuse (24,4 %) ( $p=0,018$ ).

Les femmes ont un nombre de facteurs de risque plus élevé que les hommes : 2 versus 1,56 ( $p=0,029$ ).

Par contre ni le nombre de facteurs de risques (diabète - HTA - cardiopathie), ni l'âge au moment de la prise en charge et au décès ni la durée totale de dialyse ne sont liés à une catégorie de décès ( $p > 0,005$ ).

## 4 - DISCUSSION

En comparaison des données de l'EDTA, la mortalité en dialyse dans le sud de la Réunion n'est pas excessive : 8,81 décès/100 années/patients versus 9,70. Le taux est de 23,40 aux USA et 8,80 au Japon.

Les facteurs de risque classiques de mortalité évoqués dans la littérature ne semblent pas tous se confirmer ici. MC CLELLAN relevait comme facteur prédictif péjoratif : l'âge avancé, la race blanche, la présence d'un diabète ou d'une maladie cardiaque, l'existence d'un handicap ou d'une dénutrition.

La faible mortalité relative en dialyse de notre centre, témoin classique de la qualité des soins, est peut-être liée en partie au métissage de notre population. En effet l'île réunit plusieurs ethnies, à l'origine d'un agréable métissage, soit 30 % de créoles blancs, 36 % de métis et cafres, 20 % de malabars (indiens tamouls), 5 % de "z'arabes" (indiens musulmans), 4 % de chinois et 4 % de "z'oreils" (métropolitains) en 1989 (source INSEE).

Les femmes ont en moyenne plus de facteurs de risque, ce qui peut expliquer qu'elles décèdent préférentiellement de cause vasculaire. Le traitement par voie péritonéale proposé aux patients les plus atteints, les concerne plus souvent.

Les hommes sont plus jeunes à la prise en charge, et sont donc moins atteints de complications dégénératives. La fréquence du syndrome d'Alport dans notre centre (3,72 % du recrutement), qui concerne des sujets jeunes et de sexe masculin contribue peut-être aux différences observées entre les sexes.

La répartition des causes de décès paraît différente. Le registre compte une prépondérance (37 %) de décès d'origine cardiaque, notre centre paraît moins concerné par les cardiopathies (13,04 %).

Les décès de causes "autres" identifiées, par contre paraissent plus fréquentes ici; 38 % contre 16 %. L'essentiel est représenté par la cachexie avec 25 % des cas. C'est peut-être dû à un facteur nutritionnel médiocre, une prise en charge tardive, des difficultés à adapter le régime traditionnel aux exigences maladies (mysticisme et réticence fréquente vis-à-vis de la technicité).

La mort par cachexie est plus fréquente en dialyse péritonéale ce qui s'explique par la perte de protides en rapport avec la méthode. Notre centre a utilisé surtout des lignes directes à vis avec un intervalle moyen entre les péritonites de 10 mois, les péritonites accentuent la fuite ordinaire des protides.

Les patients les plus lourds sont mis en dialyse péritonéale, surtout en DPI au centre et sont souvent plus dénutris au départ.

La perte de l'appétit est peut-être liée à l'apport glucidique continu des poches.

L'alimentation réunionnaise est traditionnellement pauvre en protides, essentiellement à base de riz et de légumes secs. Il est encore plus difficile de changer ses habitudes alimentaires à l'âge de 60 ans. L'adaptation d'une hygiène alimentaire personnalisée compatible avec la maladie, les habitudes culinaires (qui varient suivant l'ethnie ou la religion), le niveau socio-économique de l'île (climat chaud et humide) constitue donc une tâche difficile et quotidienne de l'infirmière de dialyse, même réunionnaise.

## 5 - CONCLUSION

Globalement, la qualité des soins apparaît satisfaisante. Toutefois, il semble exister un défaut nutritionnel en dialyse péritonéale.

Il est donc proposé de réduire le taux de péritonite par une généralisation des systèmes déconnectables (double poche) et de l'UV - flash (IDE à domicile).

Il pourrait être utile également d'établir un suivi nutritionnel afin de mieux adapter l'alimentation réunionnaise aux exigences de la dialyse, pour éviter les complications métaboliques liées à la dénutrition, et d'améliorer l'éducation diététique de nos patients.

## REFERENCES

- 1 - Tableau Economique de la Réunion 1992-1993 (INSEE) page 38 à 39 et pages 66 à 67.
- 2 - Annals of International Medicine - 15 Août 92 - VOL 117, N° 4 page 332 à 336.
- 3 - Combined Report on Regular Dialysis and Transplantation of children in Europe, 1989 Nephrology Dialysis Transplantation - VOL 6 supplément 1 - 1991 - page 24 à 27.
- 4 - Figures from combined report on regular dialysis and transplantation en Europe, XXII, 1991 - Congrès EDTA Paris 28 June - 1 July 92 - page 10 et page 62.