

République Algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique

UNIVERSITE SALAH BOUBNIDER.



CONSTANTINE 3
FACULTE DE MEDECINE
Département de Pharmacie



Mémoire de fin d'études

Pour l'obtention du diplôme de docteur en Pharmacie

Thème **Prévalence du syndrome** **métabolique chez l'hémodialysé**

Réalisé Par :

- Larafa Sahar
- Makhoulf Besma
- Mallem Naima

Encadré par :

- Dr. Zekri Salima

Jury d'évaluation :

- Pr K.Sifi : MCA CHU constantine
- Pr S.Hanachi : MCA CHU constantine

Année universitaire : 2018/2019

Table des matières

Dédicaces	I
Remerciements.....	II
Liste des abréviations	III
Liste des tableaux	IV
Liste des figures.....	V

Etude bibliographique

Introduction	1
I. Généralité sur la fonction rénale.....	2
I.1. Anatomie rénale.....	2
I.2. Physiologie rénale.....	4
I.2.1. Filtration glomérulaire.....	5
I.2.2. Réabsorption et sécrétion tubulaire.....	6
I.3. Les fonctions du rein.....	7
II. Insuffisance rénale (IR).....	8
II.1. Généralité	8
II.2. Insuffisance rénale aiguë.....	8
II.2.1. définition.....	8
II.2.2. Types et causes de l'IRA.....	8
II.2.2.1. Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle.....	8
II.2.2.1.1. Etiologies	9
II.2.2.2. Insuffisance rénale aiguë obstructive.....	9
II.2.2.2.1. Etiologies :.....	9
II.2.2.3. Insuffisance rénale aiguë organique.....	9
II.2.2.3. Etiologies	10
II.2.3. Les symptômes de l'insuffisance rénale aiguë	10

II.2.4. Les conséquences de l'IRA.....	11
II.3. L'insuffisance rénale chronique.....	11
II.3.1. Définition.....	11
II.3.2. Principales causes de l'insuffisance rénale chronique (IRC).....	11
II.3.3. Les symptômes d'insuffisance rénale chronique.....	11
II.4. Traitement :.....	12
II.4.1. Traitement de l'insuffisance rénale aigue.....	12
II.4.2. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	13
II.4.3. Le but de traitement	13
II.4.4. Traitement médicamenteux	13
II.4.5. Les mesures d'adaptation du mode de vie	14
II.4.5.1. Adaptation de l'alimentation.....	14
II.4.5.2. Les règles hygiéno-diététiques.....	14
II.4.5.3. Des mesures néphroprotectrices.....	14
II.4.6. Dialyse.....	14
II.4.7. La greffe rénale.....	15
III. Syndrome métabolique.....	16
III.1. Historique.....	16
III.2. Définition.....	17
III.3. Épidémiologie.....	19
III.4. Physiopathologie.....	20
III.4.1. Théorie métabolique.....	20
III.4.2. Théorie endocrine et inflammatoire.....	21
III.5. Étiopathologie :.....	22
III.5.1. Prédisposition génétique.....	22
III.5.2. Déterminisme in utero.....	22
III.5.3. Influence environnementale.....	23
III.6. Les complications du SM	23
III.7. Personne à risque :.....	24
III.8. La prévalence du SM.....	24

III.8.1. En fonction de la répartition géographique.....	24
III.8.2.En fonction de l'âge :.....	25
III.8.3.En fonction de l'activité physique :.....	26
III.8.4.En fonction du niveau d'éducation socio-économique	26
III.9. Le syndrome métabolique pathologie en évolution :.....	27
III.9.1.Syndrome métabolique et risque cardiovasculaire.....	28
III.9.2.Syndrome métabolique et HTA.....	29
III.9.3.Syndrome métabolique et obésité.....	29
III.9.3.1.rôle du tissu adipeux viscéral.....	29
III.9.3.2.Les complication d'obésité.....	30
III.9.4.Syndrome métabolique et diabète.....	30
III.9.4.1. Insulinorésistance.....	30
III.9.5. Syndrome métabolique et dyslipidémie.....	31
III.9.6. Syndrome métabolique et cancers.....	31
III.10. La prise en charge du syndrome métabolique	31
III.10.1.Traitement diététique	32
III.10.2.Prise médicamenteuse.....	33
III.10.3.Recommandations pour un SM	34
IV. Syndrome métabolique et hémodialyse.....	35

Partie pratique

I. Patients et méthodes	36
I.1. Les objectifs.....	36
I.1.1.L'objectif principale :.....	36
I.1.2. L'objectif secondaire :.....	36
I.2. Cadre d'étude.....	36
I.2.1. Type et Période d'étude.....	36
I.2.2. Population d'étude.....	36
I.3. Patients	36
I.3.1. Critères d'inclusion.....	36
I.3.2. Critères d'exclusion	36

I.4. Variables étudiées.....	37
I.4.1. Variables cliniques.....	37
I.4.2. Variables para cliniques.....	37
I.5. Recueil des données.....	38
I.6. Matériels.....	38
I.7. Etude statistique.....	40
II. Résultats.....	41
II.1.données démographiques.....	41
II.1.1. Répartition selon l'âge et le sexe.....	41
II.1.2. Répartition des patients selon l'ancienneté de l'hémodialyse.....	42
II.1.3. Répartition selon l'origine de l'IRC.....	42
II.1.4. Répartition selon les antécédents médicaux.....	43
II.2. Les données para cliniques.....	44
II.2.1.Répartition de l'IMC selon le sexe.....	44
II.2.2. Répartition de la glycémie selon le sexe.....	45
II.2.3.Repartition du cholestérol HDL selon le sexe.....	46
II.2.4. Répartition du cholestérol LDL selon le sexe.....	46
II.2.5.repartition de la TG selon le sexe.....	47
II.2.6.Répartition du Cholestérol selon le sexe.....	48
II.2.7 .Répartition du diabète selon le sexe	48
II.2.8. Répartition de l'HTA selon le sexe.....	49
II.3.Résultats analytiques.....	49
II.3.1. Répartition selon l'IMC et la glycémie.....	49
II.3.2. répartition selon l'IMC et TG	49
II.3.3. répartition des troubles lipidiques et HTA.....	50
II.3.4.Repartition selon la fréquence des critères IFD	50
II.3.5. Comparaison selon le sexe des patients hémodialysé avec SM.....	51
II.3.6.Prevalence du SM.....	52
II.3.7. Combinaisons les plus répandues des facteurs du SM.....	52
III.discussion	54

IV.Conclusion	58
Résumé.....	59
Annexes.....	62
Les références	63

Résumé :

SM représente une entité pathologique qui concerne une fraction relativement importante de la population et qui expose les individus à un risque élevé de maladies cardiovasculaires et/ou de diabète de type 2. SM est un terme utilisé pour désigner une combinaison de facteurs de risque sélectionnés, largement répandus. Malgré la définition ambiguë du SM, il a été clairement associé à des marqueurs d'insuffisance rénale chronique. L'importance du SM en termes de santé publique est soulignée par tous mais peu d'études épidémiologiques algériennes permettent d'approcher la réalité du terrain. Pour évaluer la prévalence du SM chez l'hémodialysés, et de déterminer les facteurs prédictifs de ce syndrome dans notre unité de dialyse, on a exécuté cette étude prospective qui s'est déroulée lors de l'année 2019. Une comparaison selon le sexe a été réalisée pour les paramètres suivants : âge, diabète, HTA, obésité, dyslipidémie. Ce travail porte sur 61 patients dialysés périodiquement à raison de 12 heures par semaine. La moyenne de l'ancienneté de l'hémodialyse chez nos sujets est de 8,77 ans. L'âge moyen de nos patients est de 50 ans, la sex-ratio M/F = 1,04. Parmi les facteurs de risque sélectionnés le taux faible d'HDL est le plus retrouvé avec 80,32% de la population en faveur des femmes, L'HTA présentent chez 44.26 %, 34,42% des patients présentent un taux élevé des TG en faveur des femmes. L'obésité présente chez 29 %, et 31% de la population ont une hyperglycémie. L'étude de chaque facteur du SM au sein du groupe étudié selon le sexe n'a pas montré de différence significative sauf pour l'hyper triglycéridémie.

La prévalence du SM chez l'hémodialysés dans notre recherche est 43% avec une prédominance féminine.

Mots clés : SM – hémodialyse – diabète – HTA – TG – obésité – dyslipidémie.

Summary:

SM is a pathological entity that affects a relatively large fraction of the population and exposes individuals to a high risk of cardiovascular disease and/or diabetes II. SM is a term used to refer to a combination of selected, widely used risk factors. Despite the ambiguous definition of MS, it has been clearly associated with markers of chronic kidney failure. The importance of The SM in terms of public health is stressed by all, but few Algerian epidemiological studies allow us to approach the reality on the ground. To assess the prevalence of MS in hemodialysis, and to determine the predictors of this syndrome in our dialysis unit, this prospective study was conducted in 2019. A sex comparison was made for the following parameters: age, diabetes, HTA, obesity, dyslipidemia. This work involves 61 dialysis patients periodically at a rate of 12 hours per week. The average age of hemodialysis in our subjects is 8.77 years. The average age of our patients is 50 years, the sex ratio M/F - 1.04. Of the selected risk factors, low HDL rates are highest with 80.32% of the population in favour of women, HTA present in 44.26%, 34.42% of patients have a high rate of TG in favor of women. Obesity occurs in 29%, and 31% of the population has hyperglycemia. The study of each SM factor in the sex study group showed no significant difference except for hypertriglycerides

The prevalence of MS in hemodialysis in our research is 43% with female predominance.

موجز:

المتلازمة الاستقلابية هو كيان مرضي يؤثر على جزء كبير نسبياً من السكان ويعرض الأفراد لخطر كبير من أمراض القلب والأوعية الدموية. و / أو مرض السكري من النوع 2. وهو مصطلح يستخدم للإشارة إلى مزيج من عوامل الخطر المختارة، المستخدمة على نطاق واسع. على الرغم من تعريفه الغامض، فقد ارتبط بوضوح مع علامات الفشل الكلوي المزمن. إن أهمية هذه الدراسات من حيث الصحة العامة متفق عليها، لكن القليل من الدراسات الوبائية الجزئية تسمح لنا بالتعامل معه على أرض الواقع. لتقييم انتشاره عند مرضى الغسيل الكلوي، وتحديد التنبؤات بهذه المتلازمة في وحدة غسيل الكلى لدينا، أجريت هذه الدراسة المستقبلية في عام 2019. تم إجراء مقارنة بين الجنسين للعوامل التالية: العمر والسكري وارتفاع ضغط الدم والسمنة وديسليبيديميا. ويشمل هذا العمل 61 مريضاً من مرضى غسيل الكلى بشكل دوري بمعدل 12 ساعة في الأسبوع. متوسط عمر المرضى هو 8.77 سنة. نسبة الرجال على النساء هي 1,04 ومن بين عوامل الخطر المختارة، فإن معدلات الإصابة بانخفاض HDL كانت الأعلى حيث تبلغ نسبة 80.32 في المائة من المرضى خصوصاً النساء، وارتفاع ضغط الدم بنسبة 44.26 في المائة، و34.42 في المائة من المرضى لديهم ارتفاع معدل الغليسيريد الثلاثي لصالح المرأة. تليها السمنة ب 29%، و31% من المرضى يعانون من ارتفاع السكر في الدم. كما أظهرت الدراسة ان جميع عوامل المتلازمة الاستقلابية حسب نوع الجنس لم تظهر أي فرق كبير باستثناء معدل الغليسيريد الثلاثي.

انتشار المتلازمة الاستقلابية لدى مرضى غسيل الكلى في أبحاثنا هو 43% مع هيمنة الإناث.