



QUALITE DE VIE DES HEMODIALYSES CHRONIQUES AYANT UNE DYSPEPSIE FONCTIONNELLE A L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE COTONOU

VIGAN Jacques¹, AGBOTON L Bruno¹, AHOUI Séraphin¹, MASSI M Gbètondji¹, AKOMOLA K Sabi¹, SEHONOU J Jean².

¹ Clinique Universitaire de Néphrologie Hémodialyse du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM)

² Clinique Universitaire de Médecine Interne du CNHU-HKM.

Correspondant : VIGAN Jacques, Médecin Néphrologue, Assistant chef de clinique à la Faculté des Sciences de Santé de l'Université d'Abomey-Calavi. Tél : (00229) 94 62 45 22 ou 96 99 74 49. E-mail : viques2@yahoo.fr

RESUME

But : Etudier la qualité de vie des hémodialysés chroniques présentant une dyspepsie fonctionnelle au CNHU-HKM de Cotonou.

Méthodes : Cette étude, descriptive, analytique, transversale et prospective s'est déroulée du 1^{er} septembre 2013 au 28 février 2014 dans la Clinique Universitaire de Néphrologie Hémodialyse du CNHU-HKM de Cotonou. Etaient inclus tous les patients insuffisants rénaux chroniques hémodialysés depuis au moins 09 mois avant le début de l'enquête. Le diagnostic de dyspepsie fonctionnelle reposait sur les critères cliniques de Rome III. Les données ont été traitées par le logiciel EPI DATA version 3.1.

Résultats : Cent-trente-un hémodialysés avaient participé à l'étude, (sex-ratio : 1,5 ; âge moyen : 49,6± 12,4 ans). La prévalence de la dyspepsie fonctionnelle selon les critères cliniques de Rome III était de 15%. La qualité de vie était plus altérée chez les hémodialysés présentant une dyspepsie fonctionnelle clinique. La qualité de vie était altérée chez 55% des hémodialysés chroniques présentant les critères cliniques de dyspepsie fonctionnelle de Rome III alors qu'elle ne l'était que 37,8% des non dyspeptiques. La présence de critères cliniques de la dyspepsie fonctionnelle n'est pas associée de façon significative à la qualité de vie des hémodialysés chroniques.

Conclusion : La dyspepsie fonctionnelle n'est pas liée à la qualité de vie des hémodialysés chroniques. Toutefois, il importe de rechercher la dyspepsie fonctionnelle chez les hémodialysés ayant une altération de la qualité de vie.

Mots-clés: Bénin – Critères de Rome III - Dyspepsie fonctionnelle – Hémodialyse chronique – Qualité de vie.

ABSTRACT: QUALITY OF LIFE OF CHRONIC HEMODIALYTICS PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN ACADEMIC HOSPITAL OF COTONOU.

Aim: To study the quality of life of chronic hemodialytic patients with functional dyspepsia at CNHU-HKM of Cotonou.

Methods: This study, descriptive, analytical, cross-sectional and prospective ran from 1st September 2013 to 28 February 2014 in the University Clinic of Nephrology Dialysis of CNHU-HKM of Cotonou. Were included all chronic renal failure patients on hemodialysis for at least 09 months prior to the survey. The functional dyspepsia diagnosis was based on clinical criteria of Rome III. Data were analyzed using EPI DATA version 3.1.

Résultats: One hundred and thirty-one hemodialysis patients had participated to the study (sex ratio: 1.5, mean age 49.6 ± 12.4 years). The prevalence of functional dyspepsia according to clinic criteria of Rome III was 15 %. The quality of life was more altered at chronic hemodialytic patients with clinical functional dyspepsia. Quality of life was impaired in 55% of chronic hemodialysis patients with clinical criteria of Rome III functional dyspepsia when it was only 37.8 % of no functional dyspeptic patients. The presence of clinical criteria of functional dyspepsia was not significantly associated with quality of life of chronic hemodialytic patients.

Conclusion: Functional dyspepsia was not related to the quality of life of chronic hemodialytic patients. However it is important to look for functional dyspepsia in hemodialytic patients with impaired quality of life.

Keywords: Benin - Chronic Hemodialysis - Criteria of Rome III – Functional Dyspepsia – Quality of life.

INTRODUCTION

La plainte dyspeptique est un syndrome difficile à caractériser de façon rigoureuse au quotidien. Elle englobe en effet la plupart des symptômes

digestifs hauts à type de douleur ou d'inconfort siégeant dans la région épigastrique [1]. Ces symptômes contribuent et entretiennent chez les

patients atteints, la malnutrition et l'inobservance thérapeutique qui sont de puissants facteurs de morbidité et de mortalité chez les hémodialysés [2].

Dans la population générale, la dyspepsie est un motif de plus en plus fréquent de consultation et d'exploration itérative. Sa prévalence dans la population générale varie selon les études, probablement, en relation avec la définition utilisée [3]. Ainsi, elle est de 29% au Canada [4], 44,1% aux Etats-Unis [5], 38% au Royaume Uni [6], 25% en France [7]. En Afrique, notamment en Uganda et au Bénin, elle représente respectivement 72% et 77,9% environ des indications d'endoscopie digestive haute dans la population générale [8,9].

Deux types de dyspepsie sont à distinguer, selon qu'elle soit révélatrice d'une affection (dyspepsie organique) ou selon qu'elle soit un symptôme isolé (dyspepsie fonctionnelle) [1]. Cette dernière touche environ deux tiers des malades souffrant de dyspepsie et compte parmi les situations thérapeutiques difficiles et frustrantes pour l'hépatogastroentérologue [1]. Sa prévalence est de l'ordre de 23,5%, 64,5%, et 67,9% respectivement en Chine, aux Etats-Unis et au Sénégal en population générale [10, 5, 11].

Chez les patients hémodialysés chroniques, la prévalence de la dyspepsie est de 38% en Suisse [12], 44,7% au Brunéi [13] et 58% au Maroc [14]. La prévalence de la dyspepsie fonctionnelle chez cette population particulière des patients hémodialysés est peu documentée.

Au Bénin, la dyspepsie fonctionnelle représente 33,3% des patients adressés pour endoscopie digestive haute [9]. La plainte dyspeptique existe chez les hémodialysés malgré la prescription quasi systématique d'inhibiteurs de pompe à proton. L'influence de la dyspepsie fonctionnelle sur la qualité de vie n'est pas étudiée chez nous. C'est pourquoi ce travail a été initié.

Objectif général : Etudier la qualité de vie des hémodialysés chroniques présentant une dyspepsie fonctionnelle au CNHU-HKM de Cotonou.

Objectifs spécifiques

1- Déterminer la prévalence de la dyspepsie fonctionnelle chez les hémodialysés chroniques.

2- Evaluer la qualité de vie des hémodialysés chroniques ayant les critères cliniques de la dyspepsie fonctionnelle.

3- Comparer la qualité de vie des hémodialysés chroniques présentant une dyspepsie fonctionnelle à celle des hémodialysés chroniques sans dyspepsie fonctionnelle au CNHU-HKM de Cotonou.

CADRE ET METHODES D'ETUDE

Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou plus précisément dans la Clinique Universitaire de Néphrologie et d'Hémodialyse (CUNH).

Méthodes d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique, qui s'est déroulée du 1^{er} septembre 2013 au 28 février 2014 (06 mois).

Etaient inclus, tous les patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique hémodialysés depuis au moins neuf (09) mois avant le début de l'enquête. Tous les patients incapables de coopérer du fait d'une altération de l'état général (Indice de performance de l'OMS supérieur ou égal à 2) et tous les patients ayant refusé de participer à l'étude n'étaient pas inclus.

Dans cette étude, la dyspepsie était définie par la présence d'un ou plusieurs des symptômes digestifs hauts tels que : la douleur épigastrique, l'inconfort digestif, la satiété précoce au début des repas, la sensation de plénitude gastrique après un repas normal, la nausée, les vomissements, l'éructation, l'anorexie [15]. Le diagnostic de la dyspepsie fonctionnelle reposait sur les critères cliniques de Rome III [15]. Il s'agit de l'existence d'au moins un symptôme pendant les 3 derniers mois avec début de symptôme au moins 6 mois avant diagnostic sans aucune anomalie structurale évidente pour expliquer ce symptôme [15].

La mesure de la qualité de vie était faite à l'aide du questionnaire générique Short Form 36 (SF36) de JOHN WARE. Ce questionnaire comporte 36 items regroupés en 08 domaines de qualité de vie. Ces domaines sont : activité physique, limitation due à l'activité physique, douleur physique, vie en relation avec les autres, santé psychique, limitation due à l'état psy-

chique, vitalité, santé perçue. Chaque item a été évalué à l'aide d'une échelle de mesure.

Les réponses sont binaires oui/non et graduées de 1 à 5 points. A partir de cette échelle, un score de qualité de vie par domaine a été calculé, suivi du calcul d'un score global de la qualité de vie.

Le score de qualité de vie par domaine est obtenu par la formule de JOHN WARE (concepteur du SF36) :

$$S = (s - m) / (M - m)$$

avec

s: la somme des valeurs correspondant aux réponses du malade dans chaque domaine.

M: la valeur maximale théorique lorsque toutes les réponses aux différents items, sont au premier niveau de graduation.

m: la valeur minimale théorique lorsque toutes les réponses aux différents items, sont au dernier niveau de graduation.

Le score global de qualité de vie varie de 0 à 100. Il est obtenu en faisant la moyenne des scores des huit domaines. Plus le score est élevé, meilleur est la qualité de vie. La qualité de vie est altérée si le score obtenu est inférieur à 50. Elle n'est pas altérée si le score est supérieur ou égal à 50 [16, 17].

Les patients ont été reçus individuellement le jour de leur séance d'hémodialyse. Les données recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête ont été saisies dans le logiciel EPI DATA version 3.1 et analysées à l'aide du logiciel STATA/IC 11.0.

Le seuil de signification est fixé à 5% et les intervalles de confiance ont été calculés à 95%.

RESULTATS

Durant la période de l'étude, 132 patients hémodialysés avaient répondu à nos critères d'inclusion. Un (01) patient avait refusé de participer à l'étude pour convenance personnelle. Ainsi, notre population d'étude était réduite à 131 patients.

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen de la population d'étude était de 49,6 ± 12,4 ans, avec des extrêmes de 19 ans et 80 ans. La sex-ratio était de 1,5. Les commerçants et les artisans étaient les plus représentés. Toutes les caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des hémodialysés chroniques au CNHU-HKM de Cotonou en 2014.

	Effectif N=131	Pourcentage
Âge (ans)		
< 40	29	22,1
[40-50[34	26,0
[50-60[37	28,2
≥ 60	31	23,7
Sexe		
Masculin	78	59,5
Féminin	53	40,5
Profession		
Commerçant, artisan	54	41,2
Enseignant, Ingénieur	28	21,4
FSP*, Agent de bureau	18	13,7
Sans emploi	15	11,4
Autres	16	12,2
Statut matrimonial		
Vit en couple	104	79,4
Vit seul	27	20,6

* Force de sécurité publique

Prévalence de la dyspepsie fonctionnelle selon les critères cliniques de Rome III chez les hémodialysés chroniques

Vingt (20) patients répondaient aux critères cliniques de Rome III soit une prévalence de 15% (Tableau II).

Tableau II : Prévalence de dyspepsie fonctionnelle selon les critères cliniques de Rome III chez les hémodialysés chroniques du CNHU-HKM en 2014

	Fréquence (N=131)	Pourcentage
Dyspepsie fonctionnelle	20	15
Pas de dyspepsie fonctionnelle	111	85

Evaluation de la qualité de vie des hémodialysés chroniques selon la présence des critères cliniques de dyspepsie fonctionnelle

Le score global de la qualité de vie des hémodialysés ayant une dyspepsie fonctionnelle clinique était de 47,8 tandis que celui des hémodialysés n'ayant pas de dyspepsie fonctionnelle était de 52,6. La qualité de vie était plus altérée chez les hémodialysés ayant une dyspepsie fonctionnelle clinique. La figure 1 présente le score de la qualité de vie selon la présence ou non de dyspepsie fonctionnelle clinique.

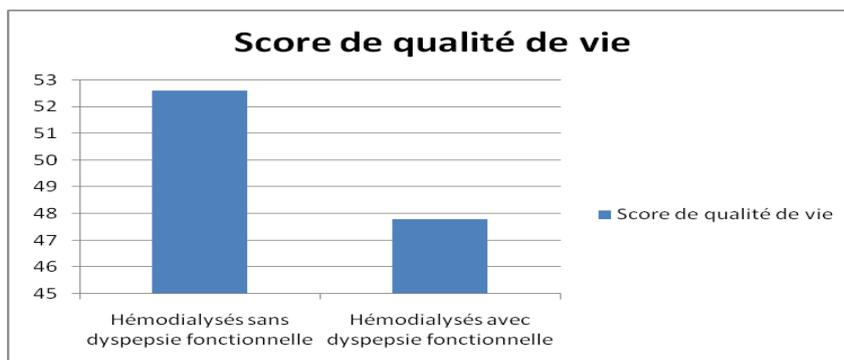


Figure 1 : Score de la qualité de vie des hémodialysés chroniques selon la présence ou non de dyspepsie fonctionnelle clinique au CNHU-HKM en 2014.

Comparaison de la qualité de vie des hémodialysés chroniques ayant une dyspepsie fonctionnelle clinique et les non dyspeptiques.

Parmi les hémodialysés présentant les critères cliniques de Rome III, 55% avaient une qualité de vie altérée ; tandis que seulement 37,8% des hémodialysés non dyspeptiques avaient une qualité de vie altérée.

Il n'y avait pas une différence significative entre la qualité de vie des hémodialysés chroniques dyspeptiques par rapport aux autres qui ne l'étaient pas comme le montre le tableau III.

Tableau III : Comparaison de la qualité de vie des hémodialysés chroniques ayant une dyspepsie fonctionnelle clinique à celle des hémodialysés chroniques non dyspeptiques en 2014

	Qualité de vie altérée n(%)	Qualité de vie non altérée n(%)	RC [IC_{95%}]	p
Dyspepsie fonctionnelle				0,15
NON	42 (37,8)	69 (62,2)	1	
OUI	11 (55,0)	9 (45,0)	2,00 [0,76 – 5,24]	

DISCUSSION

Prévalence de la dyspepsie fonctionnelle

La prévalence de la dyspepsie fonctionnelle dans notre population d'étude était de 15%, soit vingt (20) cas sur cent-trente et un (131) patients. Cette prévalence est largement en dessous de celle trouvée en 2007 chez les patients venus pour endoscopie digestive à Cotonou (BENIN) 33,3% [10]. Il y a donc plus de lésion organique chez les hémodialysés. Cela s'expliquerait par le fait que l'insuffisance rénale chronique en elle-même représente une cause de dyspepsie organique.

Au Brésil, Bacci et collaborateurs avaient trouvé une prévalence de 30,0% de dyspepsie fonctionnelle chez les hémodialysés [18]. Cette prévalence est largement au-dessus de la nôtre. Cela s'expliquerait probablement par le fait qu'ils avaient travaillé sur un échantillon relativement hétérogène constitué d'hémodialysés, de patients souffrant d'insuffisance rénale chronique et de patients non insuffisants rénaux.

Evaluation de la qualité de vie des hémodialysés chroniques selon la présence des critères cliniques de dyspepsie fonctionnelle

L'évaluation de la qualité de vie est de plus en plus généralisée dans le domaine de la santé et s'étend aux malades rénaux. Le SF 36 est le module spécifique du Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQoL-SF) qui a été proposé comme un instrument d'évaluation de la qualité de vie des patients hémodialysés [17].

Le score global de la qualité de vie des hémodialysés ayant une dyspepsie fonctionnelle clinique est plus faible que celui des hémodialysés sans dyspepsie fonctionnelle clinique.

Elhadji Fary Ka et collaborateurs, avaient appliqué le KDQoL-SF aux patients hémodialysés chroniques du CNHU-HKM de Cotonou au Bénin. Ils avaient rapporté en 2014 que leur qualité de vie était moyenne avec un score de 53,55 [19]. Ouattara au Sénégal avait fait la même observation en 2008 chez les hémodialysés chroniques à Dakar avec le même outil.

Il avait trouvé un score égal 50,50 [20]. En France en 2008, Boini avait aussi trouvé une qualité de vie moyenne. De plus, l'auteur avait montré que la qualité de vie des hémodialysés durant l'étude était très altérée par rapport à la population générale [21].

Comparaison de la qualité de vie des patients ayant une dyspepsie fonctionnelle clinique à celle des non dyspeptiques

Onze patients (55,0%), parmi ceux qui présentaient des signes cliniques de dyspepsie fonctionnelle avaient une qualité de vie globalement altérée. La proportion des patients présentant une dyspepsie fonctionnelle et ayant une qualité de vie altérée est relativement supérieure à celle des patients ne présentant pas une dyspepsie ayant une qualité de vie altérée. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative (2,00 [0,76 – 5,24] ; $p=0,15$).

La présence des signes cliniques de la dyspepsie fonctionnelle n'influence donc pas la qualité de vie des patients hémodialysés. Cela pourrait s'expliquer par la perception que ces patients ont de l'hémodialyse chronique. En effet, accéder gratuitement à un traitement aussi coûteux qu'est l'hémodialyse est perçu comme un privilège, dans un environnement où l'évolution de l'insuffisance rénale chronique était jadis défavorable.

La présence des signes cliniques de la dyspepsie fonctionnelle serait donc supportée et ou banalisée par les hémodialysés. La littérature ne fournit pas de données sur la qualité de vie des patients hémodialysés dyspeptiques.

CONCLUSION

La prévalence des signes cliniques de dyspepsie fonctionnelle est relativement faible. La présence de signes cliniques de dyspepsie fonctionnelle n'influence pas la qualité de vie des hémodialysés chroniques. Néanmoins il est important de rechercher et de prendre en charge efficacement la dyspepsie fonctionnelle chez les hémodialysés chroniques ayant une altération de la qualité de vie.

Déclaration de conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **Peyrin-Biroulet L, Bigard MA.** Dyspepsie. EMC- Hépatogastroentérologie 2005 ; 2 : 105-23.
- 2- **Avram MM, Fein PA, Rafiq MA, Scholth T, Chattopad-Hyay J, Mittman N.** Malnutrition and inflammation as predictors of mortality in peritoneal dialysis patients. *Kidney Int Suppl* 2006; 104: 4-7.
- 3- **Olomos JA, Pogorelsky V, Tobal F, Marcolongo M, Salis G, Higa R, Chiocca JC.** Uninvestigated dyspepsia in Latin America: a population-based study. *Dig Dis Sci* 2006; 51:1922-29.
- 4- **Tougas G, Hwang P, Paterson WG.** Dyspeptic symptoms in the general Canadian Population: Prevalence and impact on quality of life. *Gastro-enterology* 1998; 114 (4pt2): A312.
- 5- **Shaib Y, EL-Serag HB.** The prevalence and Risk Factors of Functional dyspepsia in Multiethnic Population in the United States. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 2210 – 16.
- 6- **Moayyedi P, Masson J.** Clinical and economic consequences of dyspepsia in the community. *Gut* 2002; 50: iv10-12.
- 7- **Humair JP, Stalder H, Armenian B.** Dyspepsie. *Primary care* 2002; 2: 459-67.
- 8- **Ogwang DM.** Dyspepsia: endoscopy findings in Uganda. *Trop Doc* 2003;33: 175-7.
- 9- **Sossa BR.** Aspects cliniques et socio-économiques de la dyspepsie à Cotonou. Thèse de Médecine FSS/Cotonou 2007 ; N°1380 p104.
- 10- **Li Y, Nie Y, Sha W, Su H.** The link between psychosocial factors and functional dyspepsia: an epidemiological study. *CMJ* 2002; 115(7): 1082-4.
- 11- **Mbengue M, Diouf M, Ka M, Dangou JM, Ba-Seck A, Ndiaye MF, Moreira-Diop T, Ndiaye PD, Bao O.** Dyspepsie fonctionnelle et *Helicobacter pylori* à Dakar. *Med Afrique Noire* 1998; 45(6): 386-8.
- 12- **Strid H, Fjell A, Simren M, Björnsson ES.** Impact of dialysis on gastroesophageal reflux, dyspepsia, and proton pump inhibitor treatment in patients with chronic renal failure. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2009; 21(2): 137-42.
- 13- **Chong V H.** Impact of duration of hemodialysis on gastrointestinal symptoms in patients with end stage renal failure. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases* 2010; 19: 462-63.
- 14- **Elhoussni S, Sabri S, Mouram H, Loko S, Daoudi FZ, Errebih H, Ouazzani L, Ezaitouni F, Ouzeddoun N, Ouazzani H, Bayahia R, Benamar L.** Apport de la fibroscopie oesogastroduodénale chez l'hémodialysé chronique. *Néphrologie & Thérapeutique* 2011 ; 7 : 411–47.
- 15- **Bruley Des Varannes S.** Prise en charge de la dyspepsie fonctionnelle. *Post'U FMC-HGE* 2011 : 65-74.
- 16- **Hays RD, Kallich JD, Mapes DI, Coons SJ, Amin N, Carter WB.** Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument. *Quality of Life Research* 1994; 3: 329-38.
- 17- **Boini S, Leplege A, Loos C, François P, Ecosse E, Briançon S.** Mesure de la qualité de vie dans l'insuffisance rénale chronique terminale. Adaptation transculturelle et validation du questionnaire spécifique kidney disease quality of life. *Néphrologie et Thérapeutique* 2007, 3: 372-83.
- 18- **Bacci MR, Chehter EZ.** Dyspepsia among patients with chronic kidney disease: a cross sectional study. *International Archives of Medicine* 2013; 6: 43.
- 19- **Ka EF, Vigan J, Lemrabott AT, Zohoun NE, Cisse MM, Ahoui S, Faye M, Keita Y, Fall K, Agboton BL, Niang A, Diouf B.** Quality of Life of Chronic Haemodialytic Patients at Cotonou Teaching Hospital (BENIN). *Open Journal of Nephrology* 2014, 4: 131-41.
- 20- **Ouattara F.** Qualité de vie des hémodialysés à Dakar. Thèse Med, Dakar, No. 120.
- 21- **Boini S, Bloch J, Briançon S.** Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale. *Néphrologie et Thérapeutique* 2011 ; 7 : S215-S300.