

Introduction

Le coronavirus, SARS-CoV-2, est le pathogène responsable d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë apparue la première fois dans la région de Wuhan et devenue une pandémie dès le début de l'année 2020.

Le tableau clinique est polymorphe, dominé par la symptomatologie respiratoire et peut être associée à des complications cardiovasculaires, digestives et rénales. Le pronostic est surtout lié au terrain.

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) au cours de l'infection sévère par le SARS-CoV-2 est fréquente, multifactorielle et associée à une surmortalité. Sa physiopathologie n'est pas totalement élucidée, et semble intervenir des mécanismes directs et indirects.

L'objectif de notre travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique des patients présentant une IRA avec une maladie Covid-19 confirmée et de déterminer les facteurs pronostiques liés au décès.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à l'hôpital IBN SINA de Rabat, entre Mars 2020 et Novembre 2021. Nous avons inclus les patients ayant une infection à SARS-COV-2 confirmée et ayant développé une IRA soit à leur admission soit au cours de leur hospitalisation.

Résultats :

Nous avons colligé 95 patients dont l'âge moyen est de $68 \pm 12,8$ ans et un sexe-ratio de 1,9.

Le diabète a été retrouvé dans 33,7% des cas et l'HTA dans 32,6% des cas.

Sur le plan clinique

La plupart des patients avaient un syndrome grippal : Courbatures, céphalée, toux avec une fièvre. La dyspnée a été retrouvée chez 75.5% des cas. (Figure1)

Sur le plan biologique

La créatinine médiane à l'admission est de 13mg/l [8-18], 42% de nos patients ont développé une IRA au cours de l'hospitalisation.

La plupart des patients présentaient une lymphopénie et une hyperferritinémie.

Nous avons déploré 63 décès et les paramètres liés significativement aux décès sont ($p < 0,05$) :

La fréquence respiratoire, la SPO2, la créatinine sanguine, LDH dans le sang, l'étendue des lésions radiologiques au scanner, l'utilisation de la corticothérapie, la prise en charge en réanimation et l'hémodialyse aiguë.

(Tableau I)

Nombre patient

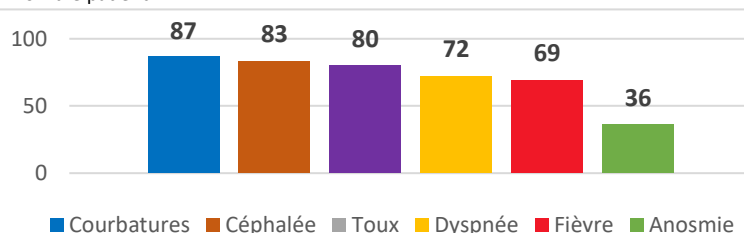


Figure 1: Signes fonctionnels à l'admission

	Evolution favorable (n=32)	Décès (n=63)	p
Age (année)	67.2±16	68.4 ±10.8	0.6
Sexe			0.4
Féminin	9	23	
Masculin	23	40	
Fréquence respiratoire (cycles/min)	22.5±5	26±6	0.01
SpO2 (%)	86±8	80.7±11	0.025
Créatinine sang à l'admission	29±15	13±8	<0,001
Lymphocytes sang (elemt/mm3)	927±442	781±363	0.089
Ferritine sang (ng/ml)	1120±926	1375±1200	0.375
LDH (UI/l)	486±243	728±396	0.011
Fibrinogène (g/l)	6.63±1.7	6.8±2.5	0.7
Etendues des lésions au scanner thoracique			<0.001
≤10%	5	0	
≥75%	2	21	
Solumédrol	16	50	<0.001
Drogues :			0.008
Aucun	32	50	
Noradrénaline	0	12	
Intubation	0	10	0.016
Hémodialyse	1	19	0.002

Tableau I: Comparaison entre le groupe des patients ayant une évolution favorable et les patients décédés

CONCLUSION

L'IRA au cours de la COVID-19 est multifactorielle, et peut être secondaire au sepsis, à la défaillance hémodynamique ou à la toxicité directe du virus pour le rein.

Dans notre étude la mortalité est secondaire aussi bien à la toxicité virale, la présentation clinique et aux moyens de prise en charge thérapeutique.

