African Journal of Nephrology
Official publication of the African Association of Nephrology
Volume 29, No 1, 2026, 102-108

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence et facteurs associes a l'hypotension intradialytique chez l'hémodialysé chronique dans deux centres d'hémodialyse à Abidjan

Prevalence and factors associated with intradialytic hypotension in chronic hemodialysis patients in two hemodialysis centers in Abidjan

Astrid Affi Jean Aka[1], Evariste Ulrich Eteka[1], Serge Didier Konan[1], Sery Patrick Diopoh[1], Kolo Claude Ouattara[1], Modjaha Marie Dominique Kouadio[1], Ophelia Gnamon[1], Adelin Ouohi[1], Kouame Hubert Yao[1]

[1]*Service de Néphrologie, centre hospitalier et universitaire (CHU) de Treichville, Abidjan, Cote d'ivoire.*

RÉSUMÉ

Contexte : L'hypotension intradialytique (HID) est l'une des complications per-dialytiques chez le patient hémodialysé.
Objectif : Etudier le profil des patients présentant une hypotension intradialytique dans notre contexte d'exercice afin d'améliorer sa prise en charge.
Méthode : Nous avons réalisé une étude prospective analytique sur une période de 6 mois allant d'Avril 2022 à septembre 2022 dans les centres d'hémodialyse de Treichville et de Cocody. L'HID a été définie par une baisse de la pression artérielle systolique ≥ 20 mm Hg au cours de la séance d'hémodialyse.
Résultats : Sur 96 patients hémodialysés chroniques, une HID a été diagnostiquée dans 36 cas, soit une prévalence de 37,5%. L'âge moyen des patients était de 48± 12 ans. Une prédominance masculine était notée, avec un sex-ratio de 2. Les manifestations cliniques telles que vertiges (97,2%), asthénie (91,6%), crampes (85,5%), obnubilation (75%) et nausées/vomissements (44,4%) étaient retrouvées. Les interventions immédiates étaient la position de Trendelenburg au moins une fois (97,2%), l'interruption temporaire de l'ultrafiltration (81%), une introduction de fluide au moins une fois (94,4%) et un arrêt de la séance de dialyse (19%). En analyse multivariée, les facteurs tels que : l'âge compris entre [25-36] (p=0,034), l'IMC compris entre IMC entre [18 - 26[(p=0,021) et la prise de poids inter dialytique (p=0,00001) étaient associés à la survenue d'HID.
Conclusion : L'hypotension intra dialytique concerne un peu plus d'un patient sur trois hémodialysés chroniques. Éviter les facteurs de risque permettrait de prévenir sa survenue.

Mots clés : Hypotension intra dialytique, Position de Trendelenburg, Facteurs associés, hémodialysés chroniques.

Received 27 March 2025; accepted 28 October 2025; published 02 November 2026.
Correspondence: Astrid Affi Jean Aka, akaastrid3@gmail.com.
© The Author(s) 2026. Published under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.
DOI: https://doi.org/10.21804/29-1-7312.

ABSTRACT

Background: Intradialytic hypotension (IDH) is one of the peridialytic complications in hemodialysis patients.
Objective: To study the profile of patients presenting with intradialytic hypotension in our practice setting in order to improve its management.
Method: We conducted a prospective analytical study over a 6-month period from April 2022 to September 2022 at the Treichville and Cocody hemodialysis centers. IDH was defined as a decrease in systolic blood pressure ≥ 20 mm Hg during the hemodialysis session.
Results: Of 96 chronic hemodialysis patients, IDH was diagnosed in 36 cases, representing a prevalence of 37.5%. The mean patient age was 48 ± 12 years. There was a male predominance with a sex ratio of 2. Clinical manifestations such as dizziness (97.2%), asthenia (91.6%), cramps (85.5%), obtundation (75%) and nausea/vomiting (44.4%) were found. Immediate interventions were Trendelenburg position at least once (97.2%), temporary interruption of ultrafiltration (81%), introduction of fluid at least once (94.4%) and stopping the dialysis session (19%). In multivariate analysis, factors such as: age between [25-36] (p=0.034), BMI between [18 - 26] (p=0.021) and inter-dialytic weight gain (p=0.00001) were associated with the occurrence of IDH. Conclusion: Intradialytic hypotension affects just over one in three chronic hemodialysis patients. Avoiding risk factors could help prevent its occurrence.

Keywords: Intradialytic hypotension, Trendelenburg position, Associated factors, chronic hemodialysis patients.

INTRODUCTION

L'European Best Practice Guideline (EBPG) en 2007 a défini l'hypotension intradialytique comme une diminution de la pression artérielle systolique supérieure ou égale à 20 mmHg ou une diminution de la pression artérielle moyenne de 10 mmHg, associée à des symptômes tels que douleurs abdominales, bâillements, soupirs, nausées et vomissements, crampes musculaires, agitations, étour-dissements ou évanouissements et anxiété [1–3]. Sa prévalence est très variable selon les séries [4,5]. Sand et Silversides rapportaient une prévalence de l'hypotension intradialytique respectivement de 17,2% et 87,3% [6,7]. Boubacar et al. au Mali, Fotso et al. au Sénégal rapportaient respectivement une prévalence de 3,78% et 31,4% [8,9]. L'HID est essentiellement due à une élimination du liquide plasmatique par ultrafiltration dépassant le taux de remplissage vasculaire. D'autres facteurs tels que : l'âge supérieur à 65 ans, le diabète, une dialyse trop longue, l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC), une pression artérielle systolique de départ basse sont associés à sa survenue [4,5]. Elle est associée à une augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire en hémodialyse chronique [4,5]. En Côte d'Ivoire, aucune étude à notre connaissance n'est disponible sur l'hypo-tension intradialytique chez les patients en hémodialyse chronique. Notre étude avait pour objectif d'étudier le profil des patients présentant une l'hypotension intra-dialytique afin d'améliorer sa prise en charge.

MÉTHODES

Lieu d'étude

Cette étude s'est déroulée dans les centres d'hémodialyse du Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale (CNPTIR) de Treichville et de Cocody.

Population d'étude

Étaient inclus dans notre étude, tout patient âgé de 12 ans et plus, hémodialysé chronique depuis au moins trois (3) mois, avec au moins 2 séances par semaine et d'une durée de 180 min au moins, ayant présenté une hypotension intradialytique. Les patients ayant refusé de participer à l'étude ou qui avaient un dossier médical incomplet pour les paramètres recherchés n'ont pas été inclus.

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective analytique sur une période de 6 mois allant d'Avril 2022 à septembre 2022.

Recueil des données

Pour chaque patient inclus, nous avons colligé à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée les données suivantes: les données sociodémographiques (l'âge, le genre, la profession, zone de résidence), les antécédents et comorbidités (diabète sucré, hypertension artérielle, pré éclampsie, infection urinaire, tabagisme, cardiopathie hypertensive), néphropathie causale (néphropathie vasculaire, néphro-pathie glomérulaire, néphropathie tubulo-interstitielle, néphropathie de cause indéterminée), paramètres de dialyse (date de début, durée en dialyse, diurèse résiduelle, complications cardiovasculaires, abord vasculaire, con-ductivité du dialysat, taux horaire d'ultrafiltration , durée de la séance, rythme des séances, prise de poids inter dialytique (PPID)), paramètres cliniques (constantes hémodynamiques,

signes fonctionnels, signes généraux, prise de repas au cours séance), paramètres biologiques (numération formule sanguine, calcémie, phosphorémie, PTH, vit D), paramètres morphologiques (radiographie du thorax, ECG, echographie cardiaque), données thérapeutiques (position de Trendelenburg, diminution voire arrêt d'ultrafiltration, arrêt antihypertenseur) et les données évolutives.

Définition opérationnelle des termes

La tension artérielle a été classée en hypotension artérielle pour une pression artérielle inférieure à 100/80 mm Hg ; en tension artérielle normale pour une pression artérielle entre 120/80 et 139/89 mmHg et en hypertension artérielle pour une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg.

La fréquence cardiaque a été classée en bradycardie pour une fréquence cardiaque inférieure à 60 bpm, en normale pour une fréquence cardiaque entre 60-100 bpm, et en tachycardie pour une fréquence cardiaque supérieure 100 bpm.

La fréquence respiratoire a été classée en bradypnée pour une fréquence respiratoire inférieure 12 cpm, en normale pour une fréquence respiratoire entre 12-20 cpm et polypnée pour une fréquence respiratoire supérieure à 20 cpm.

L'indice de masse corporelle (IMC) a été défini selon les recommandations de l'OMS (Kg/m^2). Elle a été classée en amaigrissement pour un IMC Inférieur à 18.5 Kg/m^2, en poids normal pour un IMC entre 18.5 - 24.99 Kg/m^2, en surpoids pour un IMC entre 25 et 25,99 Kg/m^2 et en obésité pour un IMC supérieur à 30 Kg/m^2.

Le taux normal d'hémoglobine a été défini selon les recommandations KDIGO. L'anémie a été définie pour un taux d'hémoglobine inférieure à 12 g/dl et classée en anémie légère pour un taux d'hémoglobine entre 10 – 12 g/dl, modérée pour un taux d'hémoglobine entre 8 – 10 g/dl et sévère pour un taux d'hémoglobine inférieure à 8 g/dl.

La prise de poids interdialytique (PPID) a été définie normale pour une prise de poids < 4,5% du poids sec.

La durée en hémodialyse a été classée selon les intervalles suivant :

Inférieure à 30 mois, entre 30 et 60 mois, entre 60 et 90 mois, entre 90 et 120 mois, entre 120 et 150 mois et supérieure à 150 mois.

La natrémie a été classée en hyponatrémie pour une natrémie inferieure a 135 mmol/l, en normale pour une natrémie entre 135 et 145 mmol/l et en hypernatrémie pour une natrémie supérieure à 145 mmol/l.

La kaliémie a été classée en hypokaliémie pour une kaliémie inférieure à3.5mmol/l, en normale pour une kaliémie entre 3,5 et 4,5mmol/l et en hyperkaliémie pour une kaliémie supérieure à 4,5mmol/l.

La calcémie a été classée en hypocalcémie pour une calcémie inférieure à 2,2mmol/l, en normale pour une calcémie entre 2,2 et 2,6mmol/l et en hypercalcémie pour une calcémie supérieure à 2,6mmol/l.

La phosphorémie a été classée en hypophosphorémie pour une phosphorémie inférieure à 0,8mmol/l, en normale pour une phosphorémie entre 0,8 et 1,5mmol/l et en hyperphosphorémie pour une phosphorémie supérieure à 1,5mmol/l.

L'albuminémie a été classée en hypoalbuminémie pour une albuminémie inférieure à 35 g/l, en normale pour une albuminémie entre 35 et 45 g/l et en hyperalbuminémie pour une albuminémie supérieure à 45 g/l.

Analyses statistiques

La saisie des données a été effectuée avec le logiciel EPI DATA 3.1fr et l'analyse à l'aide du logiciel EPI INFO version 7. Les variables quantitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages. Les résultats ont été présentés sous forme de moyenne plus ou moins écart type pour les variables quantitatives et sous forme de pourcentage pour les variables qualitatives. Le test de chi – 2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives et celui d'Anova pour la comparaison entre des variables quantitatives et qualitatives. Le coefficient de corrélation de Pearson a été calculé pour les différentes variables étudiées. Le seuil de significativité pour tous les tests statistiques a été fixé à 5%. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.

Considérations éthiques

Un consentement verbal a été obtenu pour chaque participant à l'étude. Pour les patients âgés de moins de 15 ans, l'accord des parents ou du tuteur légal a été obtenu. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été préservés par attribution d'un numéro d'anonymat à chaque fiche d'enquête.

RÉSULTATS

Sur 96 patients hémodialysés chroniques, une hypotension intradialytique a été diagnostiquée dans 36 cas, soit une prévalence de 37,5%. L'âge moyen des patients étaient de 48 ans (47,7 ± 12,5) avec des extrêmes de 12 et 69 ans. La tranche d'âge comprise entre [46 ; 55] étaient la plus représentée à 30,5%. Nous avons observé une prédominance masculine avec un sex- ratio de 2 (Tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques des patients et survenue d'hypotension intradialytique.

Variables	Hypotension intradialytique		Valeur p
	Oui (n=36)	Non (n=63)	
Age			
≤ 15	1 (2,7%)	1 (1,6%)	-
16 – 25	0	3 (4,76%)	-
26 – 35	8 (22,2%)	4 (6,3%)	0,019
36 – 45	8 (22,2%)	16 (25,4%)	0,723
46 – 55	11 (30,5%)	23 (36,5%)	0,548
56 – 65	7 (19,4%)	15 (23,8%)	0,615
> 65	1 (2,7%)	1 (1,6%)	-
Genre			
Féminin	12 (33,3%)	21 (33,3%)	1
Masculin	24 (66,7%)	42 (66,7%)	
Comorbidités			
HTA	36 (100%)	61 (96,8%)	0,28
Cardiopathie	31 (86,1%)	52 (82,5%)	0,642
Dyslipidémie	3 (8,3%)	3 (4,8%)	0,474
AVC	5 (13,8%)	7 (11,1%)	0,684
Diabète	4 (11,1%)	7 (11,1%)	1
HIV	2 (5,5%)	5 (7,9%)	0,657
IMC			
18 - 24,99	21 58,4%)	17 (36,9%)	0,002
25 - 29,99	13 (36,1%)	37 (58,7%)	0,03
> 30	2 (5,6%)	9 (14,3%)	0,18
Néphropathie initiale			
Glomérulaire	16(44,4%)	27(42,8%)	0,878
Tubulo-interstitielle	0	3(4,8%)	0,184
Vasculaire	20(55,6%)	33(52,4%)	0,761
Taux d'hémoglobine			
< 8	3 (8,3%)	0	0,019
[8 - 10]	12 (33,3%)	28 (44,4%)	0,278
[10 - 12]	21 (58,3%)	35 (55,6%)	0,788
Durée de séance d'hémodialyse			
3h	7 (19,4%)	0	0,0002
4h uniquement	29 (80,5%)	63 (100%)	
Prise de poids			
< 1	0	2 (3,1%)	0,736
[1 ; 3]	1 (2,7%)	16 (25,3)	0,009
[3 ; 4]	2 (5,5%)	30 (47,6%)	-
≥ 4	33 (91,6%)	15 (23,8%)	0.002
Ultrafiltration			
UF/h < 10ml/kg/h	0	0	<0,0001
UF/h > 10ml/kg/h	36 (100%)	36 (100%)	
Prise alimentaire			
Avant	23 (63,9%)	37 (58,7%)	0,613
Pendant	13 (36,1%)	26 (41,3%)	

L'ancienneté moyenne en hémodialyse des patients était d'environ 70 mois (± 31 mois) avec des extrêmes de 27 et 147 mois. Celle-ci était entre 30 et 60 mois dans 58,8% et entre 60 et 90 mois dans 21,2%.

Le principal abord vasculaire était la FAV dans (86,11%) des cas. Le nombre d'heures de dialyse par séance était en moyenne de 4h dans 85,42% des cas. La prise de poids interdialytique était de 5,07 kg (± 1,51 kg) (Tableau 1). L'ultrafiltration horaire moyenne était de 1,23 (± 0,03) l. Trente-six pourcent des patients avaient pris un repas au cours de la séance de dialyse et 64% avaient pris un repas avant la séance.

Les comorbidités étaient une hypertension artérielle et une cardiopathie respectivement dans 100% et 86%. La néphropathie initiale était vasculaire dans 55% des cas et glomérulaire pour le reste des patients (Tableau 1).

Concernant l'examen physique, l'indice de masse corporelle moyen était de 24,76 Kg/m^2, dont 36% en surpoids et 6%

d'obèses. La fréquence cardiaque était normale chez tous les patients et 36% d'entre eux présentaient une dyspnée. On retrouvait des signes d'insuffisance cardiaque dans 11% des cas et 25% avaient encore une diurèse résiduelle. La PAS prédialytique moyenne était de 157,11 mmHg (± 23,93 mmHg) et 78% parmi ceux-ci avaient une hypertension artérielle en début de séance.

Les principaux signes fonctionnels retrouvés étaient : des vertiges (97,2%), une asthénie (91,6%), des crampes (85,5%), une obnubilation (75%) et des nausée/vomissements (44,4%). (Tableau 1).

Concernant les anomalies biologiques, le taux moyen d'hémoglobine était de 9,6 g/dl ± 1,24 g/dl avec des extrêmes de 5,7 et 12 g/dl. Il s'agissait d'une anémie modérée chez un tiers des patients et sévère chez 8 patients. Les autres anomalies biologiques étaient représentées par l'hyperkaliémie, l'hyponatrémie et l'hypocalcémie respectivement dans 94%, 64% et 39%. L'albuminémie moyenne était de 34,28 g/l (± 2,28 g/l), et plus de la moitié (58,3%) avaient une hypoalbuminémie.

Sur le plan morphologique, on retrouvait une cardiomégalie dans 91,6% des cas et une HVG à l'ECG dans 100% des cas. A l'échographie cardiaque, une hypertrophie ventriculaire gauche a été retrouvée dans 91,6% dont une fraction d'éjection sévèrement altérée dans 19,4%.

Concernant le traitement anti hypertenseur habituel, il comportait : un inhibiteur calcique et un bloqueur du SRAA dans 100% des cas, un diurétique de l'anse dans 94% et un bêta bloquant dans 72% des cas (Tableau 2).

Les interventions immédiates étaient la position de Trendelenburg au moins une fois dans 97,2%, l'interruption temporaire de l'ultrafiltration dans 81%, une introduction de fluide au moins une fois dans 94,4% et un arrêt de la séance de dialyse a été nécessaire dans 19% des cas.

En analyse univariée, les facteurs tels que l'IMC normal (p=0,002), le taux d'hémoglobine< 8g/dl (p=0,019), la durée de séance à 3 heures (p=0,0002), la prise de poids interdialytique > 4 kg (p =0,002) et l'ultrafiltration > 10 ml/kg/h (p<0,0001) étaient associées au risque d'HID (Tableau 1). En outre, nous n'avons pas retrouvé de lien entre la prise de médicaments et le risque de survenue d'HID (Tableau 2).

En analyse multivariée par régression logistique, l'âge compris entre [25-36] (p=0,034), l'IMC compris entre [18 - 26] (p=0,021) et la prise de poids interdialytique (p=0,00001) étaient les facteurs associés à la survenue d'HID (Tableau 3).

Tableau 2. Traitement anti-HTA et survenue HID.

Médicaments anti-HTA	HID		Valeur p
	Oui (n=36)	Non (n=63)	
Centraux	12 (…%)	17(…%)	0,504
B-bloquants	26(…%)	41(…%)	0,467
IEC ou ARA II	36 (…%)	62(…%)	1
IC	36(…%)	58(…%)	0,09
Diurétique de l'anse	34(…%)	59(…%)	0,62
Diurétique thiazidique	1(..%)	0	0,36
IEC ou ARAII + IC	1(…%)	0	0,36

Tableau 3. Analyse multivariée des facteurs associés à HID.

Variable	Valeur p	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95%	
Age entre [25-36]	0,034	4,23	1.22	16.65
IMC entre [18 - 26]	0,021	5.47	1.28	23.36
Hb < 8	1	9.13	0.64	9.06
Durée ≤ 3 h	0,0190	0.89	0,0262	0,2896
Prise de poids interdialytique	0,00001	9.31	3.74	23.20
UF > 10ml/kg/h	1	8.09	0.75	86.21

DISCUSSION

Dans notre étude et en se référant à la la définition de l'ERBP, l'hypotension intradialytique était notée avec une prévalence de 37,50%. Dans la littérature, cette prévalence est difficile à estimer du fait de l'absence de définition consensuelle. En 2014, V.Bergur et al. avaient rapporté une prévalence de 31,1% [10] assez similaire à la nôtre. Elle est encore plus faible pour les études de Ba, Bossola et Akhmouch et al qui avaient rapporté respectivement une prévalence de 2,1%, 5% et 11,5% [1, 11, 12]. La prévalence élevée de l'hypotension intra dialytique dans notre étude s'expliquerait par la quantité de dialyse insuffisante reçue par nos patients (deux séances de 4 h au lieu de trois séances) compte tenu de l'inadéquation entre l'offre qui est stable et la demande de dialyse qui est sans cesse croissante. Ce qui expliquerait un espace interdialytique important (supérieur à 48h) avec des prises de poids interdialytique importantes. Par ailleurs, il s'y ajoute l'inobservance de la restriction hydrosodée dans notre contexte.

Facteurs de risque d'hypotension intra dialytique

Le taux d'hémoglobine < 8 g/dl (p=0,019), était un facteur associé à la survenue d'HID en analyse univarié. Mahamat et al [13] au Cameroun retrouvait également l'anémie sévère (p=0,024) comme un facteur associé aux complications intradialytique. Selon les recommandations de l'EBPG, la prise en charge de l'anémie chez les patients avec MRC dialysés réduirait le risque de survenue HID [14].

La durée de séance à 3 h (p=0,0002) était également associée à la survenue d'HID. Dans l'étude de Hanoy et al [15], 1/3 des cas d'HID sont survenue en fin de séance et 42% au cours des 2 premières heures de dialyse. Lutun et al retrouvait 53% d'HID à la troisième heure de dialyse et dans 43% à la quatrième heure [16].

Concernant l'ultrafiltration horaire > 10 ml/kg/h, elle apparait dans plusieurs études comme un facteur associé à la survenue d'HID [17]. Delma et al [18] dans une étude menée au Burkina Faso retrouvait une ultrafiltration horaire de (800 ± 275 ml/h, p = 0,037) comme facteur associé à la survenue d'HID. Hanoy et al [15] retrouvait un taux d'UF horaire (9,2 ± 3,1 ml/h). L'étude Dopps portant sur 22000 patients a permis d'établir qu'une UF horaire > 10 ml/kg/h prédispose à une HID avec une augmentation de la mortalité à long terme [19].

L'âge entre [25-36] était associé à la survenue d'HID en analyse multivariée. Dans l'étude de Delma et al [18] l'âge des patients avec HID étaient (61 ± 13 ans, p = 0,018) similaire à celle de el Amrani [20] et al qui retrouvait des sujets plus âgés différents de celle de notre étude.

L'IMC normal [18-24,99] était également retrouvé comme un facteur associé à la survenue d'HID . Dans l'étude de Mahamat et al [13] l'HID a été retrouvé chez les patients avec un IMC faible, par contre Delma et al [18] retrouvaient des patients avec IMC plus élevé (27,3 ± 7,8 kg/m^2, p = 0,002) comme ce fut le cas dans la série de de Sand jj et al [6].

La prise de poids interdialytique était associée à la survenue d'HID et en moyenne de 5,07 kg (± 1,51 kg). Ba et al [11] retrouvaient une prise de poids interdialytique moyenne de 1,8 ± 0.86kg lors de toutes les séances et de 3,25 ± 0.98Kg pour les séances avec hypotension interdialytique. Bergur et al., Boussola et al. et de Matssura et al retrouvaient respectivement des prises de poids interdialytiques moyennes de 4,25 ± 2,24, 4,2 ± 1,3Kg et de 4,25 ± 1,41Kg [1,10,21]. Dans une étude menée par Al Maimani et al [22], 87% des patients avec une prise de poids interdialytique ≥ 4% du poids sec ont présenté au moins un épisode d'HID. Ces prises de poids inter dialytiques élevées expliqueraient des taux d'ultrafiltration élevées (>10ml/kg/h) qui favoriseraient la survenue d'hypotension intradialytique. De nombreux autres facteurs ont été décrits dans la littérature comme étant associé à la survenue d'HID. Il s'agit entre autres de la dysfonction ventriculaire, du diabète sucré, de la pression artérielle systolique de départ basse, de l'hypoalbuminémie, d'une ancienneté plus longue en hémodialyse [18,20,23,24], Cependant ces facteurs n'ont pas été analysés dans notre travail.

CONCLUSION

L'hypotension intra dialytique est une complication fréquente dont la prévalence était de 37.5% dans notre étude. Les facteurs associés à l'HID retrouvés étaient la prise de poids inter dialytique importante, l'ultrafiltration horaire supérieure à 10ml/kg/h, la durée de la séance de 3 heures, l'indice de masse corporelle normal et le taux d'hémoglobine inférieur à 8g/dl. La prévention passe par l'amélioration de l'accès à l'hémodialyse pour proposer la dose de dialyse recommandée et par l'éducation thérapeutique des patients sur les mesures hygiéno-diététiques.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Bossola M, Laudisio A, Antocicco M, Panocchia N, Tazza L, Colloca G, et al. Intradialytic hypotension is associated with dialytic age in patients on chronic hemodialysis. Renal Failure. 2013; 35(9):1260-3.
3. EBPG guideline on haemodynamic instability | Nephrology Dialysis Transplantation | Oxford Academic [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: https://academic.oup.com/ndt/article/22/suppl_2/ii22/1871231.

4. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Cardiovascular Disease in Dialysis Patients. American Journal of Kidney Diseases. 2005; 45:16-153.
5. Can Advances in Hemodialysis Machine Technology Prevent Intradialytic Hypotension? - Davenport - 2009 - Seminars in Dialysis - Wiley Online Library [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-139X.2009.00614.x.
6. Sands JJ, Usvyat LA, Sullivan T, Segal JH, Zabetakis P, Kotanko P, et al. Intradialytic hypotension: Frequency, sources of variation and correlation with clinical outcome: Intradialytic hypotension: risk-variation. Hemodial Int. 2014; 18(2):415-22.
7. Original Articles: Circulating Endotoxemia: A Novel Factor in Systemic Inflammation and Cardiovascular Disease in Chronic Kidney Disease - PMC [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022234/.
8. 14M182.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/595/14M182.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Intra-Dialytique Hypotension: Prevalence and Associated Factors in 2 Haemodialysis Centres in Senegal [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=120732.
10. Bergur V Stefansson. Intradialytic Hypotension and Risk of Cardiovascular Disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2014; 9(12):2124-2132.
11. Mamadou, Ba & Kane, Yaya & Faye, Moustapha & Dieng, Ameth & Bacary, Ba & Keita, Niakhaleen & Ndiaye, Babacar & Ndongo, Modou & Abou, Sy & Faye, Maria & Lemrabott, A.T. & Fary, Ka. (2022). Intra-Dialytique Hypotension: Prevalence and Associated Factors in 2 Haemodialysis Centres in Senegal. Open Journal of Nephrology. 12. 361-368. 10.4236/ojneph.2022.124036.
12. Akhmouch I, Bahadi A, Zajjari Y et al. Characteristics of intradialytic hypotension: Experience of Agadir centre-Moroco. Saudi J Kidney Dis Transplant. 2010; 21:756-761.
13. Nzana Victorine B, Maimouna Mahamat, Mamelo Josiane, Kaze Francois, Fouda-Menye Hermine. (2024). Prevalence and Factors Associated with Intra-Dialytic Complications During Chronic Hemodialysis Patients in the City of Yaounde: Prévalence et Facteurs Associés aux Complications Intradialytiques chez les Hémodialysés Chroniques à Yaoundé. HEALTH SCIENCES AND DISEASE, 26(1). Retrieved from https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/6300
14. Canaud, B., Fouque, D. Recommandations européennes de bonnes pratiques (EBPG) en hémodialyse. Deuxième vague. Néphrologie & thérapeutique. 2008; 4(2),115-124.
15. Hanoy M, Le Roy F, Lebourg, L, Potier J, Clabault K, Godin, M. Épisodes hypotensifs intradialytiques: un indicateur de qualité de traitement sous-estimé. Néphrologie & Thérapeutique. 2015; 11(5),261.
16. Lutun E, Mantz F, Guilleux L, Marichal JF, Kolb I, Richter S, Petitjean, P. Apport de la technique O 2 C dans le dépistage de l'ischémie des membres inférieurs chez le patient hémodialysé. Néphrologie & Thérapeutique. 2013; 9(5),300.
17. Kanbay M, Ertuglu LA, Afsar B et al. An update review of intradialytic hypotension: concept, risk factors, clinical implications and management. Clin Kidney J. 2020; 13(6):981-993. doi: 10.1093/ckj/sfaa078. PMID: 33391741; PMCID: PMC7769545.
18. Delma S, Coulibaly G, Lengani HYA, Rouamba N, Bonzi YJ. Prévalence et facteurs de risque associés à l'hypotension intradialytique en Afrique subsaharienne: cas du Burkina Faso. In Annales de Cardiologie et d'Angéiologie Elsevier Masson. 2022; 71:27-31.
19. Canaud B, Bragg-Gresham JL, Marshall MR, et al. Mortality risk for patients receiving hemodiafiltration versus hemodialysis: European results from the DOPPS. Kidney Int. 2006; 69:2087-93.
20. El Amrani, M., & El Kabbaj, D. (2019, June). L'hypotension diastolique isolée en hémodialyse: facteur de risque de complications cardiovasculaires de novo et de mortalité toute cause. In Annales de Cardiologie et d'Angéiologie Elsevier Masson. 2019; 68:144-149.
21. Matsuura R, Hidaka S, Ohtake T. Intradialytic hypotension is an important risk factor for critical limb ischemia in patients on hemodialysis. BMC Nephrology. 2019; 20:473-476.
22. Al Maimani, Yaqoob, et al. "Interdialytic weight gain in hemodialysis patients: worse hospital admissions and intradialytic hypotension." Open Journal of Nephrology. 2021; 11.2:156-170.
23. Rocha A, Sousa C, Teles P, Coelho A, Xavier E. Frequency of intradialytic hypotensive episodes: old problem, new insights. Journal of the American Society of Hypertension. 2015; 9(10):763 8.
24. Hryciw N, Joannidis M, Hiremath S, Callum J, Clark EG. Intravenous Albumin for Mitigating Hypotension and Augmenting Ultrafiltration during Kidney Replacement Therapy. Clin J Am Soc Nephrol. 2021; 16(5):820-828. doi: 10.2215/CJN.09670620. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33115729; PMCID: PMC8259476.